

COUNTWAY LIBRARY



HC 4PWI M



BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

MANUEL

DE

GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE

MANUEL

DE

H 15

Gynécologie Opératoire

PAR

LE D^r M. HOFMEIER

PROFESSEUR D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE A L'UNIVERSITÉ DE WURZBOURG

TRADUIT

par le Docteur LAUWERS (de Courtrai)

Avec 134 Gravures sur bois

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

—
1889

9196

24. A. 332

PRÉFACE

Ce n'est pas sans hésitation que j'ai accepté d'écrire un traité élémentaire des opérations gynécologiques. Je savais que la littérature gynécologique d'Allemagne possède, dans le traité de HEGAR et KALTENBACH, un livre que la littérature de tous les pays étrangers nous envie, et qui mérite la première place dans la bibliothèque de tous les gynécologues, à raison du choix approfondi des notices bibliographiques qu'il renferme, de la haute valeur du jugement critique et de la riche expérience des auteurs. Je n'ai certes pas la prétention de donner quelque chose de meilleur, mais la matière traitée ici est assez vaste pour justifier l'existence de deux livres à la fois, et d'autre part il nous semble que le traité de HEGAR et KALTENBACH, à cause précisément de sa richesse en observations détaillées, de l'étendue et de la profondeur de sa critique, ne convient pas aux étudiants ni aux praticiens ordinaires.

Etant donné le développement que la gynécologie a pris dans ces derniers temps, grâce surtout aux travaux des accoucheurs allemands, nous avons cru nécessaire de permettre au médecin non spécialiste de se renseigner sur les questions les plus importantes de la gynécologie. Il suffit de jeter un coup d'œil attentif sur un paragraphe quelconque de notre

ouvrage pour se convaincre que ce n'est pas nous qui apprenons au médecin à poser à la légère ses indications opératoires ou à faire trop peu de cas des dangers de certaines interventions chirurgicales.

En élaborant cet ouvrage, nous avons tenu compte aussi du vœu que SCHROEDER avait exprimé de son vivant, en me demandant de grouper dans un travail unique les principes opératoires qu'il a défendus et que le nombre considérable de malades qui se sont confiées à ses soins lui a permis d'appliquer. J'ai voulu accéder à ce désir d'autant plus que par suite de la mort inopinée de SCHROEDER, ses opinions et ses doctrines ont perdu l'un de leurs plus solides soutiens, celui de sa puissante personnalité. Ayant été pendant de longues années son assistant, je pense être mieux autorisé que tout autre, à plaider la cause qu'il a défendue ; pénétré du respect que l'élève doit à son maître, je dédie mon livre à sa mémoire.

Le nombre d'opérations que j'ai pratiquées moi-même n'est peut-être pas suffisant pour me permettre d'exprimer une opinion personnelle sur toutes les questions pendantes de la gynécologie opératoire, mais les neuf années et demie que j'ai passées comme assistant à la Clinique des femmes de l'université de Berlin m'ont fourni l'occasion d'observer et de poursuivre un nombre considérable d'opérations de tout genre, et il est évident que l'on peut apprendre beaucoup rien qu'à voir bien opérer.

J'ai omis à dessein de consacrer un chapitre spécial à l'étude des *méthodes d'exploration*, que je suppose connues.

Pour grouper les opérations gynécologiques, je me suis basé, autant que le permettait l'unité du sujet, sur les données anatomiques, sans faire cependant de cette méthode de

division une règle absolue. Pour éviter des redites inutiles, j'ai consacré quelques chapitres préliminaires à l'étude de certaines prescriptions générales et à la description de quelques petites opérations gynécologiques préparatoires.

J'ai omis à dessein de décrire les méthodes opératoires et les instruments qui ne présentent qu'un intérêt purement historique ; cela m'a paru aussi inutile que de mentionner toutes les variations de technique qu'on apporte tous les jours à la plupart des opérations gynécologiques. Sous ce rapport, je me range absolument à l'avis de FRITSCH, lorsqu'il dit, dans la préface de la troisième édition de sa clinique d'opérations obstétricales : « Un traité de gynécologie n'est pas une compilation de toutes les opérations gynécologiques qui ont été pratiquées dans tous les temps ; mais on apprend à connaître les bonnes méthodes, en récapitulant les procédés qui ont été préconisés dans le courant des dix dernières années ». Pour la même raison, j'ai négligé de donner des indications bibliographiques très étendues, afin de ne pas troubler l'unité de mon sujet par des observations de détail. Du reste, je n'aurais fait que répéter un sujet qui a été traité à fond dans le traité de HEGAR et KALTENBACH et surtout dans le traité de chirurgie de BILLROTH et LUECKE. Je me suis borné à signaler les sources auxquelles on pourra s'adresser pour obtenir de plus amples renseignements.

J'ai rangé parmi les opérations gynécologiques le traitement opératoire des grossesses extra-utérines ; c'est dans ces cas que se font surtout remarquer les connexions qui doivent nécessairement unir l'obstétrique à la gynécologie, puisque les grossesses extra-utérines doivent-être traitées comme les autres tumeurs abdominales. Au point de vue opératoire, l'opération césarienne devrait être rangée parmi les opérations

gynécologiques ; cependant j'ai négligé de la traiter parce que les indications de cette opération sont pour la plupart du domaine exclusif de l'art obstétrical.

Je m'étais proposé d'utiliser pour ce travail les résultats des opérations pratiquées à la clinique de SCHRÆDER ; la mort prématurée qui l'a frappé et mon départ précipité pour l'Université de Giessen ne m'ont pas permis de mettre ce projet à exécution, bien que le successeur de SCHRÆDER, le professeur OLSHAUSEN, ait mis gracieusement à ma disposition les documents qui se trouvent à la clinique gynécologique de Berlin ; je n'ai profité que partiellement de cette autorisation ; par contre, j'ai pu utiliser les observations qui ont été recueillies et annotées par SCHRÆDER lui-même.

Celles d'entre les figures qui n'ont pas été empruntées à d'autres ouvrages, sont dues à l'obligeance et à l'habileté de mon ami A. BENCKISER de Carlsruhe.

Puissent ces pages, en considération des motifs qui les ont dictées, rencontrer un accueil bienveillant.

Dr M. HOFMEIER.

Giessen, mars 1888.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.	V
TABLE DES FIGURES.	XIV

A. — PARTIE GÉNÉRALE

CHAPITRE I. — ARSENAL GYNÉCOLOGIQUE.

Lits et tables à opération, 1. — Spéculums, valves, écarteurs, 7. — Instruments tranchants, 9. — Hémostase, 10. — Aiguilles et porte-aiguilles, 12. — Sondes, 15. — Étuves à stériliser, filtre, 15.

CHAPITRE II. — ANTISEPSIE.

Précautions spéciales, 21. — Vêtements des opérateurs, 22. — Instruments, 23. — Fils à suture, 24. — Préparation du champ opératoire, 24. — Salles d'opérations, 27. — Spray, 28. — Éponges, 28.

CHAPITRE III. — ANESTHÉSIE.

C chloroforme, éther, 32. — Bromure d'éthyle, 33. — Cocaïne, 34.

CHAPITRE IV. — DES SUTURES.

Pincés et porte-aiguilles, 36. — Fils à suture, 38. — Avivement de la plaie, sutures, 39. — Tension des fils, 40. — Suture continue, 43. — Hémostase, 45. — Ligature des vaisseaux, 45. — Suture après laparotomie, 46.

CHAPITRE V. — OPÉRATIONS PRÉPARATOIRES.

A. — Opérations préparatoires sur le vagin.

Irrigation vaginale, 49. — Tamponnement vaginal, 51.

B. — Opérations préparatoires sur le col utérin.

Abaissement du col, 53. — Dilatation du col, 53. — Tentés-éponges, laminaria, tupelo, 53. — Dilatateurs en gomme ou métalliques, 56. — Discision du col, 59.

C. — Opérations préparatoires sur le col de l'utérus.

Irrigation intra-utérine, 59.

D. — Opérations préparatoires sur la vessie et le rectum.

Cathétérisme, 62. — Dilatation de l'urèthre, 63. — Colpocystotomie, 65. — Traitement du catarrhe vésical, 65. — Opérations préliminaires pratiquées sur le rectum, 66.

CHAPITRE VI. — DU FER ROUGE EN GYNÉCOLOGIE

CHAPITRE VII. — DES PANSEMENTS ET DES BANDAGES

Opérations sur le vagin et les organes génitaux externes, 71. — Opérations abdominales, 74.

B. — DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE VIII. — OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES
ORGANES GÉNITAUX EXTERNES.

§ 1. — Opérations sur l'urèthre.

Hypospadias, épispadias, 81. — Polypes de la muqueuse uréthrale, 84. — Rétrécissements de l'urèthre, 85. — Dilatations de l'urèthre, 86. — Tumeurs de l'urèthre, 88.

§ 2. — Opérations sur la vulve.

A. — Ablation d'une partie des organes génitaux externes.

Clitoridectomie, 90. — Ablation de l'hymen, 90. — Ablation des petites lèvres, 92.

B. — Opérations pour anomalies de développement.

Atrésie de l'hymen, 93. — Atrésie de l'anus, 96.

C. — Extirpations des néoplasmes de la vulve.

Tumeurs circonscrites, 99. — Tumeurs étalées, 101. — Tumeurs pédiculées, 102. — Tumeurs à contenu liquide, 103.

§ 3. — Opérations plastiques sur le périnée.

Périnéorrhaphie, 105. — Méthode par avivement triangulaire, 108. — Méthodes à lambeaux, 115. — Traitement consécutif, 117.

§ 4. — Traitement opératoire de la coccygodynie.

CHAPITRE IX. — OPÉRATIONS SUR LE VAGIN.

§ 5. — Intervention opératoire dans le cas d'atrésie ou de rétrécissement, congénital ou acquis, du canal vaginal.

Diagnostic, 121. — Opération, 123. — Traitement consécutif, 125. — Cloisons vaginales, 127.

§ 6. — Opérations destinées à guérir le prolapsus du vagin.

Mécanisme de la production du prolapsus vaginal, 129. — Indications de l'opération, 132. — Soins préliminaires, 134. — Episiorraphie, 135. — Colporraphie, 136. — Colpopérinéorraphie, 142. — Traitement consécutif, 148. — Résultats, 149.

§ 7. — Opérations des fistules vaginales.

A. — *Fistules urinaires.*

Étiologie, 153. — Variétés de fistules urinaires, 154. — Symptômes, 154. — Traitement préparatoire, 155. — Époque de l'opération, 156. — Opération, 157. — Fils à suture, 165. — Traitement consécutif, 166. — Fistules vésico-utérines, 166. — Hystérokleisis, 167. — Fistules multiples, 169. — Complications, 170. — Épisioténose, 171. — Colpokleisis, 171. — Opération de Rose, 173. — Fistules urétérales, 174.

Pronostic des fistules urinaires, 176.

B. — *Fistules vagino-intestinales.*

Étiologie, 178. — 1. Fistules de l'intestin grêle et du vagin, 179. — 2. Fistules recto-vaginales.

§ 8. — Traitement opératoire des tumeurs du vagin.

Kystes du vagin, 183. — Fibromes, 184. — Tumeurs pédiculées, 186.

CHAPITRE X. — OPÉRATIONS SUR LE COL DE L'UTÉRUS.

§ 9. — Opérations dans le cas de sténoses et d'atrésies congénitales ou acquises du col.

Pathogénie, 188. — Diagnostic, 189. — Opération, 189.

§ 10. — Opérations plastiques sur le col de l'utérus.

A. — *Discision et stomatoplastie.*

Indications, 192. — Opération, 193.

Opération d'EMMET, Indications, 193. — Opération, 197.

§ 11. — Amputation partielle et totale du col.

Indications, 200. — Opération, 201. — Amputation supra-vaginale, 206. — Mortalité, 209.

Pronostic des opérations pratiquées sur le col, 210.

CHAPITRE XI. — OPÉRATIONS SUR LE CORPS DE L'UTÉRUS.

§ 12. — Curettage de la muqueuse utérine.

Indications, 215. — Manuel opératoire, 217.

§ 13. — Opérations pratiquées dans le but d'extirper des tumeurs de l'utérus par le vagin.

Indications, 220. — Diagnostic de la tumeur, 227. — Manuel opératoire, 229. — Soins consécutifs, 238. — Pronostic, 239.

§ 14. — Ablation des tumeurs du corps de l'utérus par la voie abdominale : myomotomie, amputation de l'utérus.

Généralités, 241. — Indications, 243. — Manuel opératoire, 246. — Ablation de la tumeur, méthode intrapéritonéale, 248. — Myomotomie avec énucléation, 259. — Traitement extra-péritonéal du pédicule, 267. — Traitement consécutif, 271. — Suites de l'opération, 273. — Pronostic, 274. — Statistique des résultats, 275.

Amputation supra-vaginale dans le cas d'autres tumeurs de l'utérus, 278.

§ 15. — Opérations dans le cas d'inversion utérine.

CHAPITRE XII. — EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS.

**§ 16. — Extirpation de l'utérus par la voie abdominale.
Opération de Freund.**

§ 17. — Extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Historique, 289. — Traitement préliminaire, 292. — Manuel opératoire, 294. — Résultats, 301. — Traitement consécutif, 303. — Statistiques, 304.

CHAPITRE XIII. — CHANGEMENTS DE POSITION DE L'UTÉRUS.

§ 18. — Opération d'Alexander.

Historique, 312. — Indications, 314. — Pronostic, 314. — Résultats, 315.

CHAPITRE XIV. — OPÉRATIONS SUR LES TROMPES.

§ 19. — Salpingotomie.

Indications, 316. — Grossesse tubaire, 321. — Opération, 323. — Résultats, 326.

CHAPITRE XV. — OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES OVAIRES.

§ 20. — Ovariectomie.

Indications, 331. — Diverses sortes de tumeurs, 332. — Torsion du pédicule, 338. — Symptomatologie, 341. — Diagnostic de la tumeur, 342. — Indications de l'opération, 344. — Traitement préparatoire, 349. — Manuel opératoire, 352. — Traitement consécutif, 368. — Complications, 369. — Accidents de la convalescence, 377. — Pronostic, 381. — Statistique, 382.

§ 21. — De la castration.

Définition, 388. — Indications de la castration, 389. — Manuel opératoire, 400.
— Complications, 402. — Pronostic, statistiques, 404.

§ 22. — Ablation des ovaires occupant une situation anormale.**CHARITRE XVI. — AFFECTIONS DES TISSUS PÉRI-UTÉRINS****§ 23. — Opérations dans le cas d'exsudats et d'hématomes.**

Description, 412. — Manuel opératoire, 413.

§ 24. — Opérations dans le cas de néoplasmes du tissu conjonctif pelvien, des ligaments ronds, et dans le cas de kystes à échinocoques.

Kystes du ligament large, 419. — Fibromes du tissu cellulaire pelvien, 421. —
Tumeurs du ligament rond, 422. — Kystes à échinocoques, 422.

§ 25. — Opérations de la grossesse extra-utérine.

Variétés anatomiques, 425. — Indications opératoires, 425. — Opération, 427. —
Statistique, 432.

§ 26. — Opérations pratiquées dans le cas d'affections généralisées du péritoine.**§ 27. — Opérations pratiquées sur la vessie.**

Corps étrangers, 437. — Néoplasmes, 438. — Catarrhe chronique, 440. — Absès
ouverts dans la vessie, 441.

TABLE ANALYTIQUE, 445.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX CITÉS, 449.

TABLE DES FIGURES

Fig. 1. — Chaise de VEIT.....	3	de BUDIN. Filière des diverses	
Fig. 2. — Boîte en fer-blanc pour l'écoulement du sang et des liquides pendant l'opération.....	4	grosseurs de sonde.....	16
Fig. 3. — Relève-jambes de SÆNGER.	5	Fig. 29. — Étuve à stériliser de KOCH.....	17
Fig. 4. — Table à opération. — Position utilisée en Amérique...	5	Fig. 30. — Filtre à plaques d'asbeste. — E. entrée de l'eau. — A. sortie de l'eau filtrée.....	18
Fig. 5. — Appareil de BOZEMAN..	6	Fig. 31. — Boîte pour la soie désinfectée, de HAGEDORN.....	19
Fig. 6. — Table à opération de HOFMEIER	6	Fig. 32. — Pulvérisateur à iodoforme.....	19
Fig. 7 a. et 7 b. — Valves de SIMON.	7	Fig. 33. — Lime à ongles.....	22
Fig. 8. — Valves courtes.....	7	Fig. 34. — Suture d'après HEGAR.	42
Fig. 9. — Écarteurs latéraux de BENCKISER.....	8	Fig. 34 a. — Sutures : <i>gh</i> , profonde; <i>ef</i> , moyenne; <i>cd</i> , superficielle	42
Fig. 10. — Siphon pour lavages...	8	Fig. 35. — Double nœud de suture. <i>a</i> . bien fait; <i>b</i> . mal fait.	43
Fig. 11. — Crochet aigu.....	9	Fig. 36. — Suture perdue après suture continue superficielle ..	44
Fig. 12. — Pince tire-balles américaine.....	9	Fig. 37. — Tiges de tupelo	54
Fig. 13. — Pince de MUZEUX.....	9	Fig. 38. — Introduction d'une tente dans le col utérin	55
Fig. 14. — Pince à crochets de SCHREDER.....	10	Fig. 39. — Sonde en cuivre de SCHREDER	57
Fig. 15. — Ciseaux courbes.....	10	Fig. 40. — Bougie en gomme de HEGAR.....	57
Fig. 16. — Bistouri	11	Fig. 41. — Dilatateur utérin de SCHULTZE.....	58
Fig. 17. — Scalpel	11	Fig. 42. — Seringue pour injecter dans la cavité utérine des solutions antiseptiques concentrées.	61
Fig. 18 a. — Pince de KœBERLÉ..	11	Fig. 43. — Sonde urétrale pour femme, de SCHREDER.....	63
Fig. 18 b. — Longue pince hémostatique de HOFMEIER.....	11	Fig. 44. — Spéculum dilateur de Purèthre, de SIMON.....	64
Fig. 19. — Pince longue fenêtrée.	12	Fig. 45. — Sonde de SKENE	66
Fig. 20. — Pince à griffes.....	12	Fig. 46. — Bandage abdominal de HOFMEIER.....	78
Fig. 21. — Pince à suturer de HEGAR.....	13	Fig. 47. — Ceinture de TEUFFEL.	79
Fig. 22. — Porte-aiguilles de HAGEDORN.....	13	Fig. 48 et 49. — Bandages de BEELY et MARTIN.....	79
Fig. 23. — Aiguille forte pour suture de l'utérus	13		
Fig. 24. — Aiguille montée de DESCHAMPS	14		
Fig. 25. — Crochet mousse.....	14		
Fig. 26. — Tord-nœuds.....	14		
Fig. 27. — Sonde de BOZEMAN modifiée.....	16		
Fig. 28. — Sonde en fer à cheval			

Fig. 50. — Hypospadias. Cas de LEBEDEFF.....	82	Fig. 73. — Procédé de SIMON pour maintenir le col abaissé pendant l'opération de la fistule	158
Fig. 51 a. — Epispadias.....	83	Fig. 74. — <i>mn.</i> Avivement de SIMON; <i>xy.</i> Avivement de Bo- ZEMAN et SIMS	159
Fig. 51 b. — Epispadias après l'opération	84	Fig. 75. — Couteau coudé pour l'avivement des fistules pro- fondes	159
Fig. 52. — Opération de SCHRÖ- DER, contre la dilatation de l'u- rèthre.....	87	Fig. 76. — Excision des bords de la fistule d'après SIMON	160
Fig. 53 a et 53 b. — Opération de PAWLK	88	Fig. 77. — Ciseaux à double courbure de BOZEMAN.....	161
Fig. 54. — Hématocolpite	94	Fig. 78. — Suture à plusieurs di- rections pour fistule étendue..	162
Fig. 55. — Opération d'atrésie vaginale de l'anus (Schéma)...	97	Fig. 79 a. — Suture simple de SIMON.....	164
Fig. 56. — Tumeur très vascu- laire de la vulve opérée par SCHRÖDER	101	Fig. 79 b. — Suture double de SIMON, pour fistules étendues..	164
Fig. 57. — Disposition des su- tures.....	101	Fig. 80. — Suture double de Si- MON. — Vue de la plaie réunie.	164
Fig. 58. — Périnéorrhaphie par la méthode d'avivement triangu- laire (HEGAR).....	106	Fig. 81. — Hystérokleisis. — Po- sition schématique du fil pour la suture.....	167
Fig. 59. — Tracé de l'avivement par la méthode triangulaire...	109	Fig. 82. — Fistule vésico-utéro- vaginale. — Suture cervico- vaginale	168
Fig. 60. — Tracé de l'avivement par la méthode triangulaire dans le cas de déchirure très profonde du périnée.....	111	Fig. 83. — Fistule vésico-utéro- vaginale. — Suture du vagin à la lèvre postérieure du col...	169
Fig. 61. — Avivement de FREUND.	111	Fig. 84. — Atrésie de l'urèthre. — Opération	170
Fig. 62. — Méthode de MARTIN..	112	Fig. 85. — Colpokleisis.....	172
Fig. 63. — Avivement de BISCHOFF	116	Fig. 86. — Opération de BANDL pour fistule urétéro-vaginale..	175
Fig. 64. — Utérus double avec atrésie d'un seul côté, d'après BREISKY.....	122	Fig. 87. — Traitement de la fis- tule iléo-vaginale.....	180
Fig. 65. — Pince-canule et troi- cart de BREISKY.....	125	Fig. 88. — Carcinome du vagin. — Opération.....	185
Fig. 66. — Colporraphie anté- rieure d'après la méthode de SCHRÖDER.....	137	Fig. 89. — Col de forme conique.	193
Fig. 67. — Clamp à forcipressure de CHÉRON.....	139	Fig. 90. — Allongement de la lè- vre antérieure du col.....	193
Fig. 68. — Suture entrecoupée dans la colporraphie.....	140	Fig. 91. — Amputation du col par le procédé à lambeaux coniques	195
Fig. 69. — Colporraphie médiane	142	Fig. 92. — Disposition des sutu- res.....	196
Fig. 70 a. — Avivement en trapèze pour la colpopérinéorrhaphie...	143	Fig. 93. — Opération d'EMMET..	198
Fig. 70 b. — Avivement triangu- laire pour la colpopérinéorra- phie	143	Fig. 94 a et 94 b. — Amputation du col (a) et application des sutures (b), d'après HEGAR....	202
Fig. 71. — Avivement de HOR- MEIER.....	145	Fig. 95 a et 95 b. — Excision de la muqueuse cervicale (a) et application des sutures (b), d'après SCHRÖDER.....	204
Fig. 72 a. — Boule en gomme durcie.....	155		
Fig. 72 b. — Cylindre en gomme durcie.....	155		

Fig. 96. — Amputation du col en entonnoir, d'après HEGAR..	205	Fig. 117. — Suture de SCHRÖEDER dans le cas d'adhérences avec l'intestin. — D, intestin; — P, péritoine.....	269
Fig. 97. — Amputation supravaginale du col, d'après SCHRÖEDER.....	208	Fig. 118. — Amputation de l'utérus renversé. Procédé de SCHUELEIN.....	283
Fig. 98. — Disposition des sutures.....	308	Fig. 119. — Cancer du col de l'utérus.....	290
Fig. 99. — Amputation supravaginale du col d'après KALTENBACH.....	210	Fig. 120. — Cancer du corps de l'utérus.....	290
Fig. 100 a. — Curette.....	218	Fig. 121. — Cancer du col de l'utérus.....	294
Fig. 100 b. — Curette de SIMON.	218	Fig. 122. — Cancer de l'utérus gravide.....	293
Fig. 101. — Polype fibreux inséré au fond de l'utérus.....	222	Fig. 123. — Ligatures appliquées à la base du ligament large...	297
Fig. 102. — Myome largement adhérent au fond de l'utérus..	223	Fig. 124. — Tumeur tubo-ovari-que, d'après OLSHAUSEN.....	310
Fig. 103. — Myome du col.....	224	Fig. 125. — Grossesse tubaire (HOFMEIER).....	322
Fig. 104. — Myome du col.....	226	Fig. 126. — Insertion simple pédiculée.....	335
Fig. 105. — Myome du col opéré par le vagin (HOFMEIER).....	233	Fig. 127 a et 127 b. — Tumeurs sous-séreuses.....	335
Fig. 106. — Fibrome du col opéré par la laparotomie (SCHRÖEDER)	234	Fig. 127 c. — Tumeur sous-sé-reuse.....	336
Fig. 107. — Pince à polypes de SMITH.....	235	Fig. 127 d. — Tumeur sous-sé-reuse compliquée d'adhérences inflammatoires.....	336
Fig. 108. — Myome pédiculé vers l'abdomen. Application des li-gatures.....	249	Fig. 128. — Tumeurs ovari-ques solides bilatérales, d'après OLSHAUSEN.....	337
Fig. 109. — Myome à large pédi-cule.....	250	Fig. 129. — Grosse tumeur ova-rique sous-séreuse.....	338
Fig. 110. — Pince-clamp pour fixer le tube à ligature élastique	261	Fig. 130. — Pince de NÉLATON..	351
Fig. 111. — Suture du pédicule d'après SCHRÖEDER-HOFMEIER. Schéma. — S. Fil de soie. — K. Fil de catgut.....	253	Fig. 131. — Troicart simple pour ponctionner les kystes ovari-ques.....	351
Fig. 112. — Section des annexes et application du tube élastique dans la myomotomie.....	256	Fig. 132. — Pince clamp de SPENCER WELLS.....	363
Fig. 113. — Moignon utérin après la myomotomie : a, vu de côté ; b, vu d'en haut.....	259	Fig. 133. — Troicart d'OLSHAUSEN	373
Fig. 114. — Myome sous-séreux.	260	Fig. 134. — Disposition de la su-ture enchevillée, pour arrêter les hémorragies du péritoine pariétal (schéma).....	376
Fig. 115. — Myome sous-séreux.	262		
Fig. 116. — Traitement extra-pé-ritonéal du pédicule après la myomotomie (HEGAR).....	268		

A. — PARTIE GÉNÉRALE

CHAPITRE I

ARSENAL GYNÉCOLOGIQUE

L'arsenal usité dans les opérations gynécologiques diffère sous plusieurs rapports des appareils et des instruments de la chirurgie ordinaire. Pour mettre à découvert le champ opératoire, il convient de donner aux malades une position spéciale ; d'autre part, pour opérer dans les profondeurs du vagin et de la cavité abdominale, le chirurgien doit avoir à sa disposition des instruments particuliers, montés sur de longs manches.

Le cadre restreint que j'ai tracé à ce livre ne me permet pas de décrire tous les instruments gynécologiques actuellement en usage ; il me suffira de mentionner les plus utiles, les plus indispensables, ceux que j'emploie moi-même tous les jours dans mes opérations. Un certain nombre d'instruments exclusivement destinés à des opérations spéciales seront décrits en détail dans les chapitres suivants.

Lits et tables à opération. — En règle générale il faut que les lits d'examen et les tables à opération, tout aussi bien que les instruments, soient construits de telle façon, qu'il soit possible de les soumettre à une désinfection complète, sans que ces appareils en souffrent.

Il faut, autant que possible, que ces appareils soient faits en métal. Aux tables, chaises, manches, etc., en bois, dont on se servait encore il n'y a pas longtemps, on substituera des appareils et des instruments en métal, que l'on puisse laver avec des solutions désinfectantes, plonger dans des liquides antiseptiques ou placer dans une étuve à stérilisation (1).

Le second précepte à suivre dans la construction des instruments (2) est de les faire aussi unis et aussi lisses que possible, pour qu'il soit facile de les nettoyer, qu'ils ne puissent recéler de germes infectieux en aucun point de leur surface. Il faut rejeter absolument tous les instruments de structure compliquée ; ceux qui se composent de plusieurs pièces doivent pouvoir être démontés facilement. Les pinces hémostatiques de KÆBERLÉ réalisent sous ce rapport la perfection.

La *position* à donner à la malade, au moment de l'opération, varie suivant que l'intervention chirurgicale porte sur les organes génitaux externes ou sur le vagin ou qu'il s'agit de pratiquer l'ouverture de la cavité abdominale. Pour rendre accessibles les organes génitaux externes de la femme, on a l'habitude, en Allemagne, de faire coucher la malade sur le dos, sur une chaise ou sur une table, de telle manière que le bassin déborde, que les cuisses soient écartées l'une de l'autre et fléchies sur le tronc. La *chaise* en fer de G. VEIT

(1) Si les bacilles pathogènes ne peuvent en général résister à une température prolongée de 100° C, il n'en est souvent pas de même de leurs spores. Les étuves à vapeur d'eau sont de véritables autoclaves qui exigent un personnel exercé. Aussi s'est-il créé à Paris des équipes de stérilisation qui suivent les chirurgiens dans leurs grandes opérations. Ce procédé, excellent comme résultats, est sans doute un peu coûteux. Les étuves à paraffine (de BACKER) ne présentent peut-être pas toutes garanties contre les dangers d'incendie. Dans les étuves dont on ne peut régler la température, les instruments peuvent perdre leur trempe. Aussi le Dr PÉRIER a-t-il rendu un véritable service à la chirurgie en préconisant l'emploi du *naphtol camphré*, excellent antiseptique, dans lequel les instruments ne s'altèrent nullement. (N. de l'Éd.)

(2) Un grand nombre d'instruments construits d'après ces principes ont été imaginés par le docteur GUTSCH de Carlsruhe : Ueber aseptische Instrumente, *Tageblatt der Naturforscherversammlung in Strassburg*. On peut se les procurer chez le fabricant d'instruments KOHM à Carlsruhe. Voir à ce sujet : *Illustrierte Monatsschrift der ärztlichen Polytechnik*, 1886, n° 1.

(fig. 1) permet de donner à la malade toutes les positions voulues. SCHRÖDER s'en est servi pour tous ses examens et pour ses opérations. Le dossier, qui est mobile, se prête à toutes les inclinaisons du tronc par rapport au bassin ; les relève-jambes, également mobiles, permettent d'imprimer au bassin le degré voulu d'inclinaison. Au besoin, on peut les supprimer, pour faire soulever le bassin par des aides et

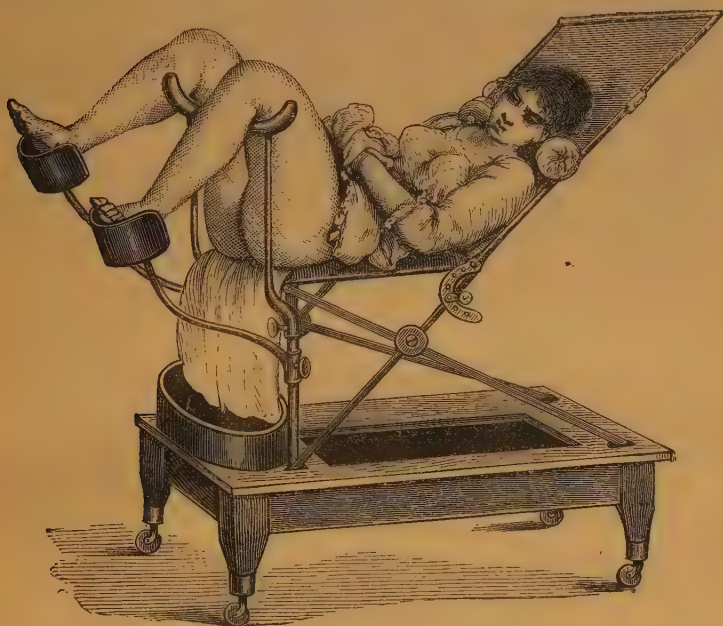


Fig. 1. — Chaise de VEIT.

faire prendre à la malade le décubitus dorso-sacré. La hauteur de cette chaise est calculée de telle façon que lorsque l'opérateur est assis, le champ opératoire se trouve à peu près à hauteur des yeux. Les assistants, debout à côté de la malade, interviennent directement dans l'opération, sans avoir à se préoccuper des jambes. Sur le piédestal en bois de la chaise se trouve un grand réservoir en fer-blanc, dans

lequel s'écoulent par une toile en caoutchouc glissée sous le siège de l'opérée, le sang et les liquides de lavage. Sur ce vase repose une lame en fer-blanc facile à détacher, percée de trous (fig. 2), sur laquelle on peut, pour un moment, place les instruments pendant l'opération.

D'après mon expérience, la chaise de VERT répond à tous les besoins. Il est très facile de la nettoyer et de la désinfecter. A part les laparotomies, toutes les opérations peuvent être pratiquées sur cette chaise. Elle permet en outre facilement de faire prendre à la malade le décubitus latéro-abdominal de SIMS : pour cela, il suffit de mettre le dossier à plat, de coucher la malade sur le côté et de placer les membres inférieurs sur un des relève-jambes que l'on abaisse à cet effet le plus possible.

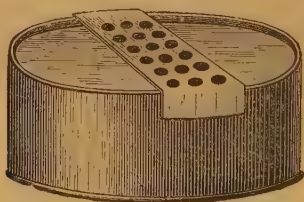


Fig. 2. — Boîte en fer-blanc pour l'écoulement du sang et des liquides pendant l'opération (1).

Dans la pratique privée, on peut fort bien se servir, pour opérer sur les organes génitaux externes, d'une table carrée que l'on recouvre à cet effet d'un matelas et d'une toile cirée, surtout si l'on a à sa disposition les relève-jambes de FRITSCH, de SÆNGER, ZWEIFEL ou autres. La figure 3 représente ceux de SÆNGER, qui sont, à mon avis, les plus commodes. HÉGAR et KALTENBACH se servent exclusivement d'une table en

(1) Nous avouons ne pas bien comprendre l'utilité de cette boîte à double fin. Les instruments ne nous paraissent pas bien placés dans un bassin destiné à recevoir le sang et les liquides du champ opératoire (N. de l'éd.).

bois, munie de planchettes destinées à soutenir les pieds et pouvant être déplacées à volonté.

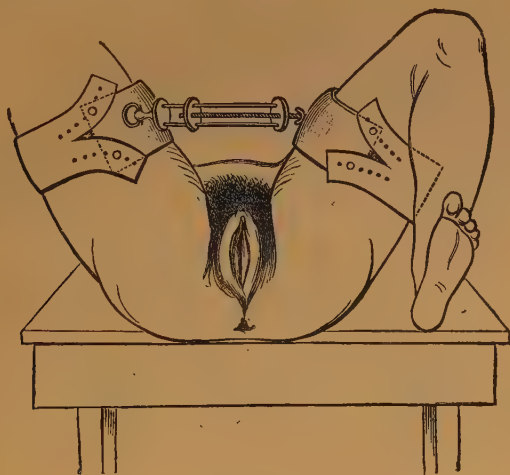


Fig. 3. — Relève-jambes de SÆNGER.

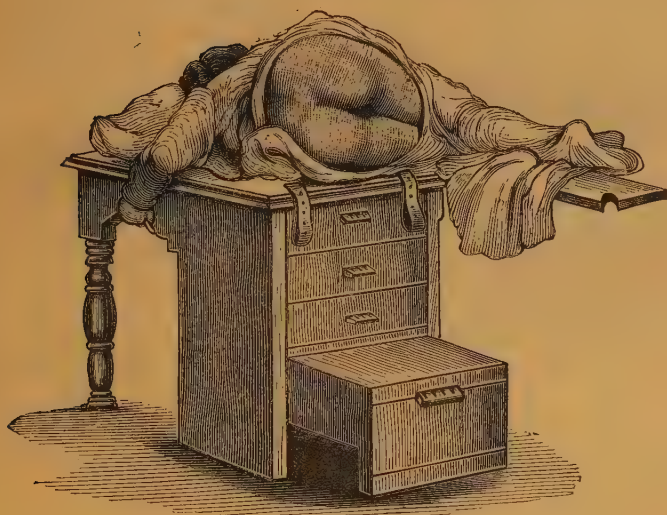


Fig. 4. — Table à opération. — Position utilisée en Amérique.

Très souvent en Amérique, beaucoup plus rarement en Allemagne, on place l'opérée dans le *décubitus latéro-abdomi-*

nal de SIMS (fig. 4). Cette position présente de sérieux avantages quand on opère dans les culs-de-sac latéraux du vagin : la pression abdominale, alors négative, permet au fond du vagin de mieux se distendre.

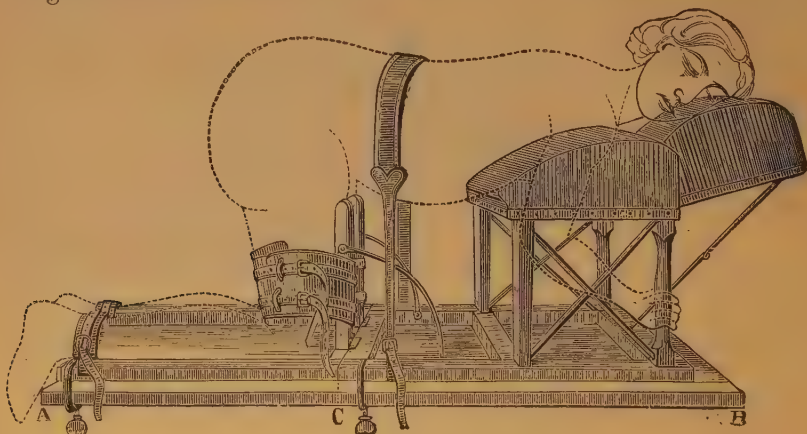


Fig. 5. — Appareil de BOZEMAN.

Le *décubitus génu-pectoral* (fig. 5) rend surtout service dans l'opération de la fistule vésico-vaginale (BOZEMAN et NEUGEBAUER).

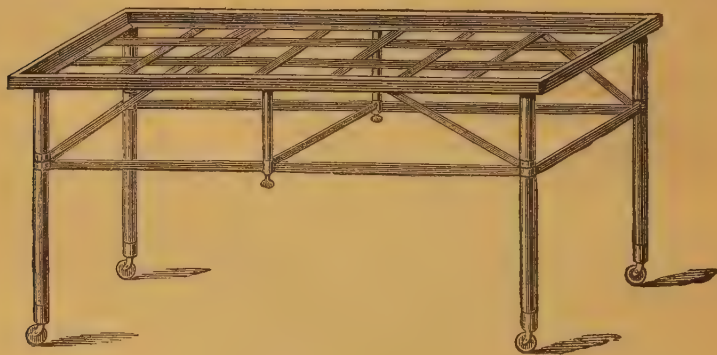


Fig. 6. — Table à opération de HOFMEIER.

Dans nos *laparotomies*, nous nous servons exclusivement d'une *table en fer* étroite et assez élevée (fig. 6). Sur cette

table est placé un matelas en crin de cheval, creusé en gouttière et enveloppé d'une toile de caoutchouc. Le liquide, qui s'accumule au fond de la gouttière, s'écoule dans un réservoir placé sur le sol, à l'extrémité de la table. HEGAR et KALTENBACH se servent d'une table construite suivant les principes de la table de PÉAN. Les jambes de la malade sont placées dans des gouttières, qui peuvent être déplacées en haut, en bas, à droite et à gauche. L'opérateur s'assied sur un tabouret, entre les jambes de la patiente. MARTIN (1) opère sur une table en fer, très courte : le tronc de la malade repose sur la table, tandis que les jambes sont pendantes.



Fig. 7 a.

Fig. 7 b.

Valves de SIMON.

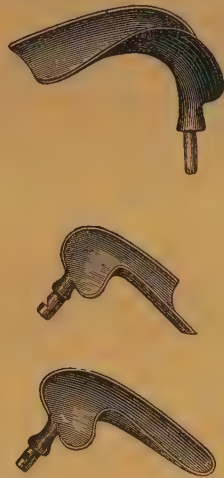


Fig. 8. — Valves courtes.

Spéculums, valves, écarteurs. — Un grand nombre d'instruments ont été construits dans le but de mettre l'utérus et les parois vaginales à découvert.

Le plus simple et le plus utile est l'instrument de SIMON (fig. 7). Il se compose d'une série de gouttières desti-

(1) A. MARTIN. *Traité clinique des maladies des femmes*, traduction VARNIER et WEISS, p. 611. G. Steinheil, éditeur. Paris, 1889.

nées à comprimer la paroi postérieure, de lames plates pour écarter la paroi antérieure et d'écarteurs latéraux pour les parois latérales du vagin. Dans les cas où il est nécessaire d'abaisser fortement l'utérus, on se trouve bien, pour déprimer la paroi postérieure du vagin, des lames courtes représentées par la figure 8. Il faudra toujours avoir à sa disposition des valves et des écarteurs de forme et de grandeur variées.

Les écarteurs latéraux de SIMON me semblent trop longs et trop étroits, et la préhension en est fort incommode. L'écarteur de BENCKISER (fig. 9) est bien plus commode.

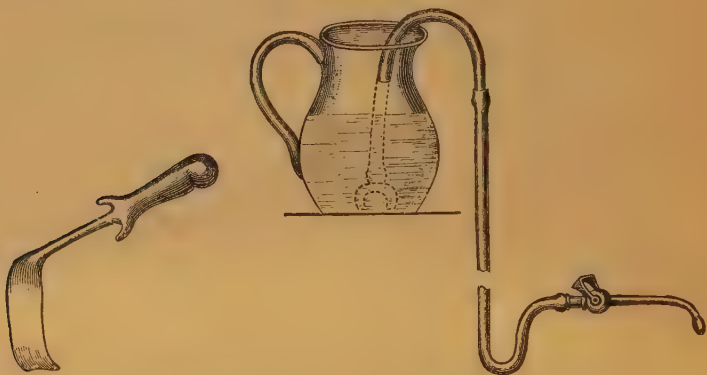


Fig. 9. — Écarteurs latéraux de BENCKISER

Fig. 10. — Siphon pour lavages.

Pour la *désinfection* du champ opératoire et pour les irrigations de lavage au cours de l'opération, nous employons un grand *irrigateur* en métal ou en verre muni d'un tube recourbé en caoutchouc durci ; un robinet permet de modérer à volonté la rapidité de l'écoulement. Au besoin, on peut employer un simple appareil à siphon (fig. 10).

Pour mettre bien à découvert et étaler convenablement le champ opératoire, ou bien encore pour attirer en bas l'utérus ou des tumeurs développées dans le vagin, le gynécologue aura à sa disposition des *crochets aigus* (fig. 11), des pinces

à deux ou un plus grand nombre de crochets, telles que la *pince tire-balles* des Américains (fig. 12) ou la *pince de Mu-*



Fig. — 11. — Crochet aigu.



Fig. 12. — Pince tire-balles américaine.

zeux (fig. 13). Pour saisir les tissus et placer des sutures dans la profondeur du canal vaginal, il faut des *pincés* suf-

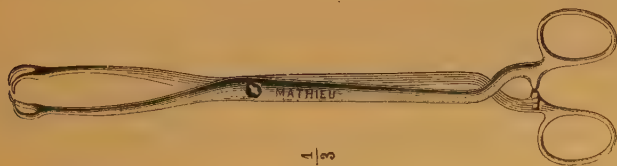


Fig. 13. — Pince de MUZEUX.

fisamment longues et puissantes, telles que les pincés à crochets employées par SCHRÖDER et représentées dans la fig. 14.

Instruments tranchants. — Pour couper dans la profondeur,

il faut des *ciseaux* longs, forts, courbés sur le plat (fig. 15). Il est bon d'en avoir d'effilés à leur extrémité, surtout pour pouvoir plus facilement enlever les sutures.

Pour l'avivement, on se servira de *bistouris* convexes en métal, faits d'une seule pièce ; quelques scalpels lancéolaires à deux tranchants peuvent aussi rendre service (fig. 16 et 17).



Fig. 14. — Pince à crochets de SCHREDER.



Fig. 15. — Ciseaux courbes.

Hémostase. — Pour saisir les vaisseaux qui donnent du sang, et parfois pour attirer les tissus, nous employons depuis des années une variété de pinces, construites sur le modèle des pinces hémostatiques de KÆBERLÉ; nous en avons de petites, mais nous nous servons aussi de pinces hémostatiques plus longues et plus puissantes, pour saisir les artères qui jettent et attirer les tissus qui saignent, soit au fond du petit bassin, au cours des laparotomies, soit dans la profondeur du canal vaginal, pendant l'opération de l'ex-



Fig. 16. — Bistouri.



Fig. 17. — Scalpel.



Fig. 18 a. — Pince de KÆBERLÉ.

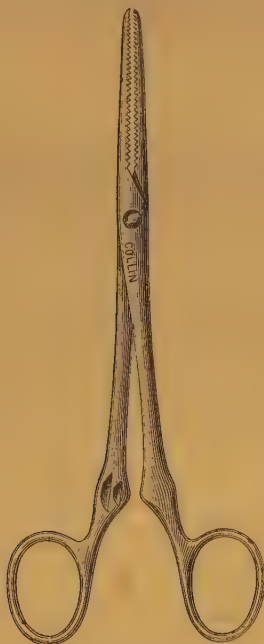


Fig. 18 b. — Longue pince hémostatique de HOFMEIER.

tirpation totale de l'utérus (fig. 18, *a* et *b*). Dans ce but, et aussi pour saisir des tampons d'ouate et de petites éponges, et nettoyer la surface des plaies, on pourra avoir recours à de longues pinces, à branches croisées munies ou non d'une crémaillère (fig. 19). Toutefois on fera mieux de se servir, comme *tige porte-éponges*, de la pince à griffes représentée (fig. 20.)



Fig. 19. — Pince longue fenêtrée.



Fig. 20. — Pince à griffes.

Aiguilles et porte-aiguilles. — Pour l'application des sutures, on a imaginé un grand nombre de *porte-aiguilles* (SIMON, FRITSCH, HAGEDORN, HEGAR), à tige très longue et très grêle, pour pouvoir placer les fils dans la profondeur du conduit vaginal. Nous préférons l'instrument de HEGAR (fig. 21) pourvu que la crémaillère soit solide et que les mors ne soient

pas trop larges. Le porte-aiguilles de HAGEDORN est aussi très recommandable (fig. 22).

Quant aux aiguilles, il en faut un grand nombre, de toutes



Fig. 21. — Pince à suturer de HEGAR

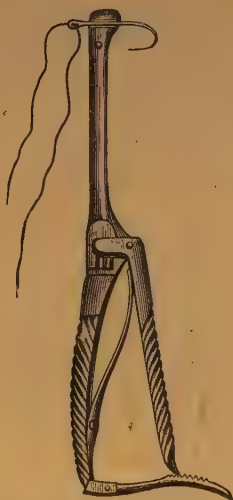


Fig. 22. — Porte-aiguilles de HAGEDORN.

les formes et de toutes les grandeurs. La partie de l'aiguille qui porte le chas doit être droite ; si elle est courbe, elle casse au moment où on ferme le porte-aiguilles. Pour les opérations à pratiquer sur le col de l'utérus, il faut de fortes



Fig. 23. — Aiguille forte pour suture de l'utérus.

aiguilles, sinon elles se brisent dans le tissu résistant de cet organe (fig. 23).

Pour placer les fils, on se sert parfois d'*aiguilles montées* :

le manche et l'aiguille étant d'une pièce, elles ont l'avantage d'avoir une forme et une direction fixes. Le chirurgien gynécologue est souvent obligé de lier des tissus gorgés de sang et renfermant des vaisseaux qu'il serait difficile de saisir isolément ; pour éviter alors le danger d'hémorragie incoercible, on fait bien d'employer, au lieu d'aiguilles pointues et effilées, des aiguilles demi-mousses ou même mousses qui traversent les tissus sans les couper. Comme il faut alors déployer assez

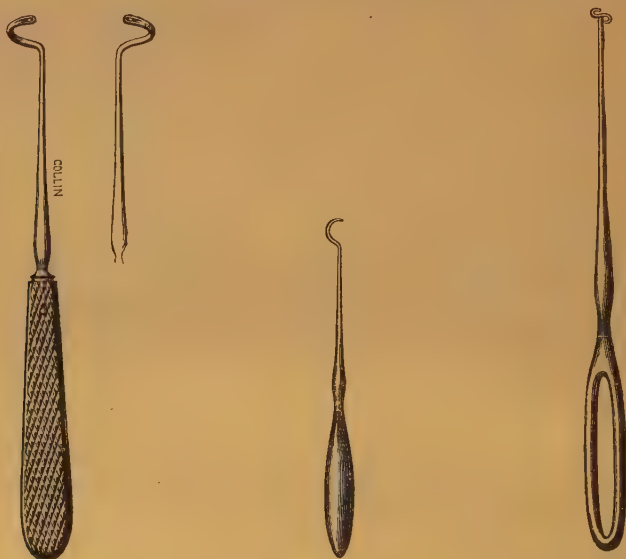


Fig. 24. — Aiguille montée de DESCHAMPS (1). Fig. 25. — Crochet mousse. Fig. 26. — Tord-nœuds.

de force, il est indispensable que le manche et l'aiguille soient faits d'une seule pièce. Pour la ligature des ligaments larges, dans la myomectomie abdominale et l'extirpation de l'utérus par le vagin, on se sert de plus en plus de ces aiguilles mousses à manche, dont l'aiguille de DESCHAMPS est le type (fig. 24).

(1) L'aiguille de DESCHAMPS représentée dans le volume original est aigüe et non mousse (N. de l'Éd.).

Le chas se trouvant à l'extrémité effilée de l'aiguille, il est évident qu'il faut saisir le fil avant de retirer l'aiguille. On emploie à cet effet le *crochet mousse* représenté figure 25.

Quand on se sert de fil métallique, on emploie, pour nouer les sutures, un petit instrument spécial, appelé *tord-nœuds*, permettant de saisir les deux chefs du fil et de les enrouler l'un sur l'autre (fig. 26).

Sondes. — Pour laver et désinfecter la cavité utérine, on a recours presque exclusivement aujourd'hui aux *sondes intra-utérines*. La figure 27 représente la sonde de BOZEMAN, modifiée par FRITSCH, OLSHAUSEN et SCHREDER. J'ai fait à mon tour modifier cet instrument en ce sens que j'ai fait placer l'ouverture de sortie α , du côté concave de l'instrument au lieu du côté convexe, pour éviter que cet orifice ne fût bouché par la paroi postérieure du vagin, pendant le mouvement d'abaissement qui est imprimé au cathéter. Cet instrument a le désavantage d'être assez compliqué et de s'obstruer aisément par des caillots, des mucosités et des débris de tissus.

La figure 28 représente la sonde intra-utérine à double courant imaginée par BUDIN. Elle consiste en une canule en forme de fer à cheval, qui conduit le liquide de lavage dans l'utérus; ce liquide s'écoule par la rainure de l'instrument (1).

Étuves à stériliser. — Filtre. — Il me reste à mentionner un certain nombre d'appareils indispensables à la pratique de l'asepsie pendant les opérations. Il ne suffit pas que le champ opératoire et les mains de l'opérateur soient d'une parfaite propreté, il faut encore que tous les objets, notam-

(1) Un excellent cathéter intra-utérin à double courant est celui de M. le professeur HUBERT (de Louvain): c'est une sonde en métal ou en celluloïde, à deux courbures, utérine et périnéale, alternes et dont la courbure utérine porte sur sa convexité deux crêtes mousses formant une large gouttière. C'est un instrument très simple, très solide, facile à manier, facile à tenir propre et d'un prix peu élevé. (N. du T.)

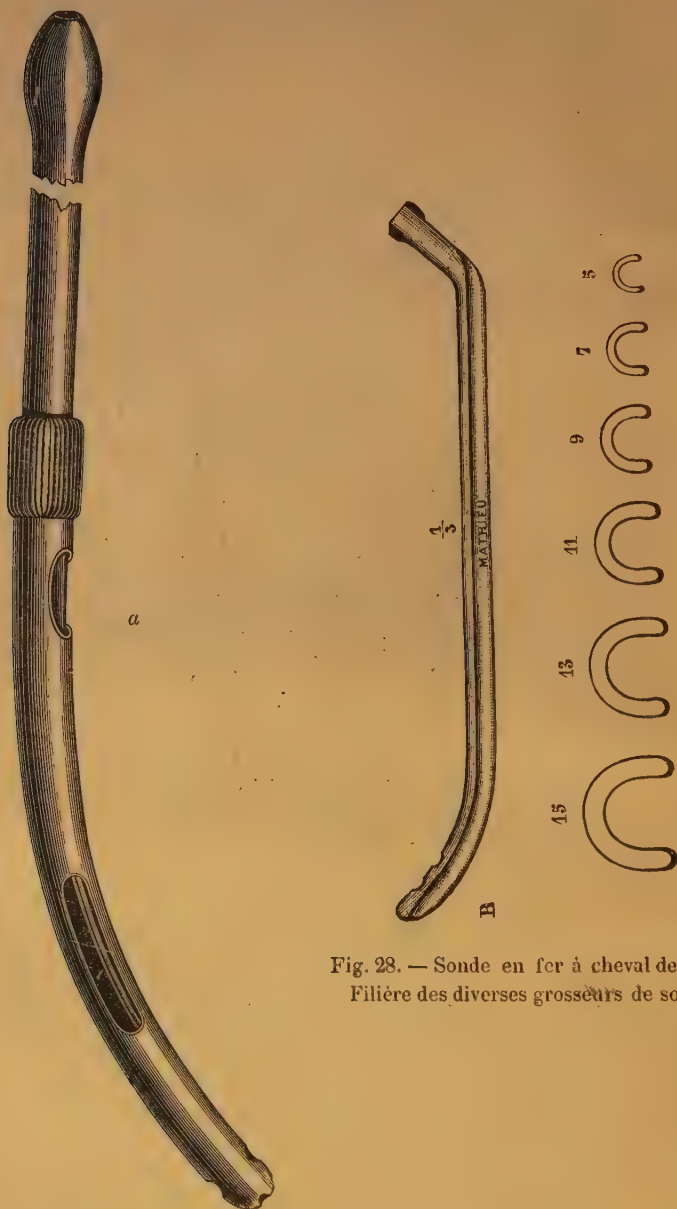


Fig. 28. — Sonde en fer à cheval de BUDIN.
Filière des diverses grosseurs de sonde.

Fig. 27. — Sonde de BOZEMAN modifiée.

ment les liquides et les instruments, qui viennent en contact avec les plaies, soient absolument aseptiques.

On obtient la désinfection des instruments en les nettoyant d'abord au savon et à la brosse et en les plaçant, immédiatement avant de s'en servir, dans l'*étuve à stérilisation* de KOCH. Soumis dans cet appareil, pendant un temps suffisamment long, à l'action de l'air surchauffé, les instruments les plus complexes sont certainement et absolument désinfectés (fig. 29).

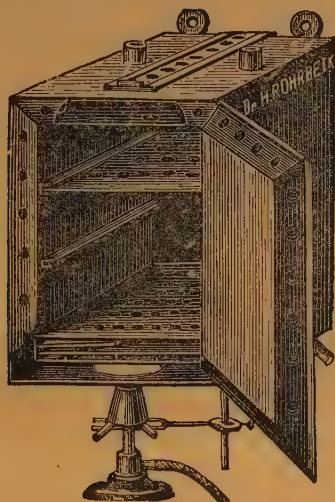


Fig. 29. — Étuve à stériliser de Koch.

Il paraît fort simple, à première vue, de préparer des liquides aseptiques : en effet, il suffit d'ajouter à de l'eau des substances désinfectantes en quantité voulue pour tuer sûrement tous les germes infectieux. Malheureusement, les propriétés irritantes pour les tissus et toxiques pour l'économie de ces liquides antiseptiques ne permettent pas de les mettre en contact avec les surfaces des plaies dont on recherche la réunion par première intention, ni avec la séreuse périto-

néale dans le cours des laparotomies. Si l'on a affaire à des plaies entièrement aseptiques, il suffit évidemment d'employer de l'eau propre, aseptique, sans addition de substances désinfectantes. Par malheur, les filtres en usage jusqu'aujourd'hui ne donnent pas toujours de l'eau pure, dépouillée de tout germe septique. L'eau distillée répond à toutes les exigences, mais il est difficile de s'en procurer de grandes quantités à la fois. Pour parer à ces inconvénients, nous nous servons depuis plusieurs années du *filtre à pla-*

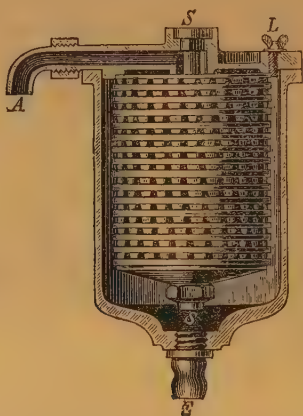


Fig. 30. — Filtre à plaques d'asbeste.

E. entrée de l'eau. — A. sortie de l'eau filtrée.

ques d'asbeste d'Arnold et Schirmer (fig. 30). D'après le témoignage de l'office impérial d'hygiène, et d'après nos propres recherches, ce filtre fournit de l'eau absolument dépouillée de germes, pendant 6 à 30 jours, suivant le temps pendant lequel il fonctionne et les caractères de l'eau à filtrer (1). Rien de plus simple que de mettre cet appareil en communication avec la première conduite d'eau venue et de remplacer au besoin les plaques d'asbeste détériorées par des plaques nou-

(1) En France, on se sert du filtre en porcelaine de Chamberland et dans plusieurs hôpitaux parisiens d'eau bouillie. (N. de l'Ed.)

velles. On peut préparer l'eau filtrée immédiatement avant de s'en servir, ou bien on la prépare à l'avance et on la conserve dans de grands ballons en verre hermétiquement bou-

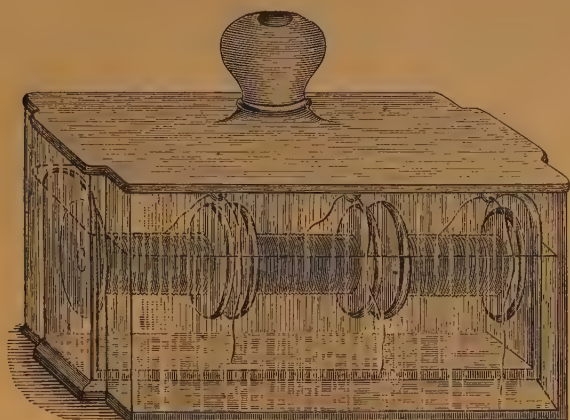


Fig. 31. — Boîte pour la soie désinfectée, de HAGEDORN.

chés ; il suffit alors de la chauffer pour l'employer. Ce filtre a le grand avantage d'être d'un prix peu élevé (70 francs, accessoires compris) (1).

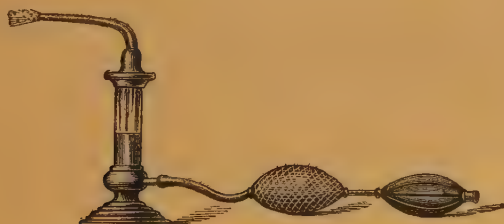


Fig. 32. — Pulvérisateur à iodoforme.

(1) Il résulte d'expériences absolument concluantes, faites par DAVIDSON à l'Institut d'hygiène d'Allemagne, qu'il suffit pour stériliser les instruments de les soumettre pendant cinq minutes à l'ébullition, *en vase clos*. Voir, pour plus de détails, *Berliner kl. Wochenschr.* no 35, 1888 : Wie soll der Arzt seine Instrumente desinficiren ? (N. du T.)

Pour conserver la soie désinfectée, HAGEDORN a fait construire un appareil fort ingénieux consistant en une boîte en verre, renfermant trois bobines en verre sur lesquelles on enroule du fil de soie d'épaisseurs différentes ; on remplit alors la boîte de liquide antiseptique. De petites ouvertures latérales permettent de retirer du fil au moment opportun. (fig. 31).

Mentionnons, en terminant ce chapitre, le petit *pulvérisateur pour iodoforme* de STRATZ : cet appareil fonctionne très bien, quand l'iodoforme est sec, et il permet de projeter la poudre jusqu'au fond du vagin, après les opérations qu'on pratique sur le vagin et sur l'utérus.

CHAPITRE II

ANTISEPSIE DANS LES OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Précautions générales. — Les principes d'antisepsie chirurgicale générale sont de tous points applicables aux opérations gynécologiques et nous pourrions renvoyer le lecteur aux traités de chirurgie si, pour un grand nombre d'opérations gynécologiques, le champ opératoire ne présentait des conditions tout à fait spéciales. En effet, la plupart de nos opérations se pratiquent ou bien dans le *vagin*, qui renferme, même à l'état normal, une quantité innombrable de micro-organismes les plus variés, ou bien dans la cavité du *péritoine*, qui présente vis-à-vis de l'infection une sensibilité exceptionnelle.

En ce qui concerne les opérations sur les *parties génitales externes*, sur le *vagin* et sur le *col de l'utérus*, on aura soin, en règle générale, de ne pas les pratiquer si, dans les dernières 24 heures, on a été en contact avec des substances manifestement septiques. Sans doute, le danger d'infection n'est pas si grand que dans les laparotomies, mais il existe cependant, surtout pour les opérations qui se pratiquent sur le vagin, à raison de la proximité du tissu cellulaire pelvien et du péritoine. Il en résulte qu'avant de les entreprendre, l'opérateur aura soin de se désinfecter avec la dernière rigueur.

En Allemagne, l'obstétrique et la gynécologie sont étroitement unies et il est impossible aux opérateurs un peu

répandus d'éviter tout contact d'infection. Nous ne pouvons donc pas, à l'instar de quelques chirurgiens anglais, qui ne font que des laparotomies, nous passer de substances désinfectantes.

La *désinfection des bras et des mains* de l'opérateur est parfois inutile peut-être, mais elle n'est jamais nuisible et elle nous paraît d'autant plus indispensable que les probabilités d'infection antérieure par contact sont plus prononcées. Les recherches approfondies de KUEMMELL (1) démontrent que cette désinfection est possible et facile. Le point essentiel est de soumettre les bras et les mains à un nettoyage mécanique énergique. Il faut que les ongles soient coupés et nettoyés soit avec une petite lame de couteau, soit avec le



Fig. 33. — Lime à ongles.

petit instrument représenté à la fig. 33. On frottera pendant au moins trois minutes la peau des mains et des bras avec une brosse dure et du savon de potasse de bonne qualité (2). Il faut encore que le linge et les habits portés par l'opérateur n'aient jamais été souillés par aucune substance infectieuse.

Vêtements des opérateurs. — Pendant l'opération on revêtira soit un long tablier de toile récemment lavé, soit un vêtement de caoutchouc parfaitement désinfecté. Si on était bien sûr de n'avoir pas sur les mains de germes infectieux,

(1) Die Contact und Luftinfection in der praktischen Chirurgie. *Centralb. f. Chir.*, 1885, n° 24 et Wie soll der Arzt seine Hände desinficiren. *Centralb. f. Chir.*, 1886, n° 17.

(2) Dans un travail récent, FURBRINGER a conseillé de se laver les mains et les bras avec de l'alcool absolu, après les avoir nettoyés au savon et à l'eau chaude et de les plonger ensuite dans une solution désinfectante concentrée : sublimé à 1 p. 1000, ou acide phénique à 5 p. 100. (Wiesbaden 1888, Bergmann).

on pourrait se contenter de ces préparatifs ; mais comme il existe toujours du doute à cet égard, il ne suffit pas de laver les bras et les mains avec le savon, la brosse et l'eau chaude, il faut encore les tremper et les nettoyer dans une solution désinfectante, jouissant de la propriété de tuer sûrement les germes pathogènes. Celle qui se prête le mieux à cet usage est la solution de sublimé à 1 p. 1000, additionnée d'une substance colorante, pour éviter toute méprise. On prendra soin de ne pas ajouter d'eau de savon à cette solution, attendu que les alcalis entravent la propriété désinfectante du bichlorure de mercure. Les chirurgiens qui ont la peau particulièrement sensible à l'action du sublimé peuvent se servir d'une solution d'acide phénique à 5 p. 100, ou d'eau de chlore fraîchement préparée.

Il est évident que cette désinfection prophylactique doit être surtout menée avec soin et énergie, si on a des raisons quelconques de croire qu'on a les mains souillées de matières infectieuses. Avec ces précautions, l'opérateur aura toujours la conviction de ne pas être lui-même une source d'infection et de dangers. Il va de soi que tous ceux qui prennent directement part à l'opération auront à se conformer aux mêmes préceptes. Pour les opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux externes, sur le vagin ou le col de l'utérus, tout comme pour les laparotomies, on limitera au minimum le nombre des assistants : en dehors de celui qui s'occupe de l'anesthésie, deux assistants et un aide pour présenter les instruments et les aiguilles, nous ont toujours paru suffire même dans les opérations les plus difficiles et les plus compliquées.

Instruments. — Les soins à donner aux *instruments* ont été mentionnés dans le chapitre précédent. On évitera le plus possible dans la fabrication, les *fentes*, les *rainures* et les *inégalités*, et on n'emploiera que des instruments entièrement

en métal, à surface lisse et polie. Pendant l'opération, les instruments reposent constamment dans des vases en verre ou en porcelaine, remplis d'une solution antiseptique.

Fils à suture. — La préparation et la conservation des *fils à suture* , en soie et en catgut, méritent une mention spéciale. Nous nous servons depuis longues années de soie anglaise que nous enroulons sur des bobines en verre et que nous faisons cuire pendant une demi-heure dans une solution phéniquée à 5 p. 100, pour la conserver ensuite dans la boîte en verre de HAGEDORN (fig. 31), remplie d'une solution phéniquée de même concentration. Cette boîte présente autant de compartiments qu'on en désire pour les fils de grosseur différente. Comme ces boîtes ne se prêtent pas bien à être transportées, on a eu soin de les construire de manière à pouvoir détacher facilement les bobines qu'elles renferment (1).

Nous préparons nous-mêmes notre catgut. Nous commençons par le désinfecter à fond, en le plongeant pendant 24 heures dans de l'essence de génévrier; nous le plaçons ensuite pendant 24 heures dans la glycérine, pour lui conserver toute sa flexibilité et nous le conservons dans de l'alcool absolu, additionné d'une faible quantité d'essence de génévrier.

Préparation du champ opératoire. — La désinfection prophylactique du *champ opératoire* exige des soins tout spéciaux. La région pileuse des organes génitaux externes, avec ses nombreux replis et ses glandes toujours en train de sécréter, constitue un repaire pour les micro-organismes de toute espèce.

(1) Sur le conseil du pharmacien DRONKE, de Berlin, dont le catgut, de l'avis de HOFMEIER, est excellent, je laisse d'abord reposer mon catgut pendant 24 heures dans de l'essence éthérée de bois de génévrier, pour le conserver ensuite dans la solution suivante:

Sublimé	0,50
Glycérine	50,00
Alcool	500,00. (N. du T.)

Mais cela est bien plus vrai encore pour le vagin : il se trouve toujours dans ce conduit une infinité de micro-organismes, qui trouvent dans les sécrétions vaginales, à la température du corps, un terrain éminemment propice à leur développement. Ces germes, il est vrai, ne sont pas pathogènes, le plus souvent, mais ils peuvent provoquer la suppuration, la décomposition des sécrétions etc., et mettre ainsi obstacle, dans les opérations plastiques, à la réunion par première intention.

Il arrive aussi que le vagin contient des germes pathogènes et que malgré toutes les mesures antiseptiques employées à l'extérieur, la plaie vaginale s'infecte et devient le point de départ d'accidents graves. La muqueuse vaginale doit donc être désinfectée avec la dernière rigueur. Or cette désinfection est loin d'être aisée. Il ne suffit pas de faire prendre des bains de siège à la malade et de pratiquer des irrigations vaginales désinfectantes. Les muqueuses présentent, surtout à l'état pathologique, tant de replis, de cryptes et de recoins que le liquide de lavage ne saurait pénétrer partout. Ajoutez à cela que les replis des organes génitaux externes sont recouverts de sécrétions graisseuses, et que des mucosités épaisses et tenaces tapissent les parois du vagin et de l'utérus. N'est-il pas évident dès lors, que l'action mécanique du liquide injecté ne saurait suffire à nettoyer le conduit vaginal, ni à enlever les couches épidermiques superficielles. Or, c'est précisément là ce qu'il faut. On ne se borne pas, dans les opérations pratiquées sur les régions extérieures du corps, à faire quelques irrigations de lavage : on nettoie la peau avec de l'éther, on la brosse au savon et à l'eau chaude pour détacher les couches superficielles de l'épiderme.

Ce qui est nécessaire à la peau l'est bien plus encore dans le canal vaginal, rendez-vous des micro-organismes de tout genre. Il faut donc, avant de pratiquer les irrigations désinfectantes, nettoyer le vagin et les parties génitales externes

avec la brosse et le savon. A cet effet, nous employons des brosses dures et étroites, et après avoir frotté énergiquement le vagin et la vulve avec du savon, nous pratiquons des irrigations et des frictions avec une solution phéniquée à 3 ou à 5 p. 100 (1). Depuis que nous avons recours à cette méthode, la mortalité dans l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, qui était de 12 sur 48 opérations, est descendue à 0 pour 30 opérées (2).

Les cavités cervicale et utérine doivent être désinfectées de la même manière, avant les opérations pratiquées sur le col ou le corps de l'utérus. On commence par découvrir le col, à l'aide d'un spéculum, on le fixe à l'aide d'un ténaculum ou d'une pince de Muzeux et on nettoie le canal cervical à l'aide d'une tige entourée d'ouate, imbibée d'une solution désinfectante.

Pour laver la cavité du corps de l'utérus, il faut bien, faute de mieux, se borner à pratiquer des injections intracavitaires à l'aide de la sonde à double contact (fig. 27). Heureusement, la muqueuse utérine lisse et unie est plus facile à nettoyer que la muqueuse cervicale. Dans les cas où la matrice renferme des matières putrides ou gangrénées, les irrigations utérines sont absolument insuffisantes : il faut alors introduire dans la cavité de l'organe des substances qui préviennent la décomposition ultérieure des sécrétions : bâtonnets d'iodoforme, émulsion d'iodoforme dans la glycérine. Parfois même il devient nécessaire d'extraire les substances putrides et les tissus gangrénés à l'aide de la cuiller à bords tranchants.

Les mesures prophylactiques de désinfection que nous venons de décrire ne suffisent pas encore pour les opérations

(1) La solution de sublimé à 1 p. 1000 a l'inconvénient de rendre la muqueuse vaginale rude et rugueuse. Aussi nous lui préférons pour les opérations sur cette muqueuse la solution phéniquée.

(2) Tout récemment le prof. PINARD, suivant les idées du prof. BOUCHARD, a employé avec un succès complet l'eau *naphtolée* (N. de l'Éd.)

pratiquées à l'intérieur de la cavité péritonéale, pour les *laparotomies*. Ces précautions ne s'adressent pas seulement alors à l'opérateur, à ses assistants, à ses instruments et au champ opératoire, elles concernent tout ce qui entoure l'opérée : chambre, spectateurs etc. L'avenir viendra peut-être démontrer qu'un certain nombre de ces précautions sont inutiles ou doivent être modifiées. Je les cite et les décris, telles que je les ai vu observer à la clinique de SCHREDER à Berlin, et parce qu'elles sont en ce moment reconnues indispensables par la majorité des gynécologues allemands.

On peut dire qu'en règle générale les laparotomies présentent plus de garanties de succès dans une de nos cliniques modernes qu'au domicile des malades. Et comment en serait-il autrement dans des établissements qui ont été construits dans ce but spécial, où les chambres, le mobilier, les instruments, l'assistance sont soumis à un contrôle efficace, tandis que les maisons particulières sont faites dans un but tout différent ? On ne pourrait plus dire aujourd'hui, comme autrefois, de la plupart de nos hôpitaux, que les opérés s'y trouvent exposés à plus de dangers que dans les maisons privées ou même à la campagne. Personne, en Allemagne, ne se rangerait plus à l'avis de SNEGUIREFF, lorsqu'il dit (1) que « jusqu'à présent aucune méthode antiseptique ne donne des résultats semblables à ceux de la pratique rurale, et que les femmes qui peuvent être opérées à la campagne évitent 50 chances sur 100 de septicémie ! »

Salle d'opérations. — Une bonne salle d'opérations (2) doit être bien aérée, pourvue d'un système de ventilation, bien éclairée. On doit dans sa construction veiller à ce que le plafond, les parois et le plancher soient unis et faciles à net-

(1) SNEGUIREFF. *Hémorrhagies utérines*, traduction H. VARNIER. G. Steinheil, éditeur. Paris, 1886.

(2) NEUBER, *Die antiseptische Wundbehandlung*. Kiel, 1886.

toyer, de préférence à l'aide d'une solution à 1 p. 1000 de sublimé corrosif (1); on n'y emploiera ni meubles en bois, ni tentures; tous les objets qui s'y trouvent seront en fer, en verre, en faïence ou en porcelaine, à surfaces lisses pour la commodité de la désinfection. Des locaux différents seront, dans la mesure du possible, affectés à des opérations différentes. Il ne faut pas recevoir de cas de maladies infectieuses dans une salle où l'on pratique des laparotomies, car il vaut toujours mieux ne pas infecter que de devoir désinfecter. Nous ne savons pas, il est vrai, déterminer le degré d'infectiosité de chaque cas particulier, mais il est préférable de faire trop que de ne pas faire assez. Il est à souhaiter aussi que le linge qui a servi à des opérations suspectes soit lavé, numéroté et conservé à part. Quant à l'eau, elle doit autant que possible avoir été stérilisée à l'avance.

Spray. — Bon nombre de chirurgiens conseillent encore l'emploi prolongé du spray, avant l'opération, dans le but d'abattre sur le sol, avec les vapeurs d'eau, les germes qui se trouvent dans l'atmosphère. L'usage du spray pendant l'opération n'est bon, d'après les recherches de KUEMMELL, qu'à faire tourbillonner les micro-organismes dans l'air. Barbe et cheveux de l'opérateur doivent être lavés avec un soin particulier. Les instruments, les aiguilles etc., doivent être nettoyés après chaque opération; avant de s'en servir de nouveau, on les dépose dans l'étuve à stérilisation pour les plonger ensuite dans une solution phéniquée à 3 p. 100.

Éponges. — La désinfection des éponges est d'importance capitale. Après les avoir, par des lavages répétés, dépouillées du sable et des coquillages qu'elles peuvent renfermer, on les fait bouillir dans une solution d'hypochlorite de potasse; puis on les lave de nouveau, on les décolore dans une solu-

(1) Voyez KUEMMELL, *Centralb. f. Chir.*, 1885, n° 24.

tion faible d'acide sulfurique et on les conserve, jusqu'au moment de les employer, dans une solution désinfectante forte (acide phénique à 5 p. 100, ou sublimé à 1 p. 1000). Il n'est pas indispensable de prendre des éponges neuves pour chaque laparotomie : il suffit, d'après les recherches de KUERMELL, de leur faire subir une nouvelle désinfection. Je trouve les éponges préférables, pour les laparotomies, à tous les tissus et à tous les tampons qu'on a cherché à leur substituer. Il est bon d'avoir à sa disposition plusieurs grands bocalx remplis de solutions antiseptiques concentrées : dans l'un on dépose les éponges neuves, dans le second on place les éponges déjà employées, tandis qu'un troisième bocal renferme les éponges suspectes.

Les *vêtements* de l'opérateur et de ses assistants réclament une attention particulière. Avant l'opération, si la chose est possible, on prendra un bain chaud, puis on revêtira du linge et des vêtements de toile récemment lavés et désinfectés. Tous ceux qui prennent une part directe à l'opération ôteront leur habit, retrousseront leurs manches de chemise jusqu'au delà des coudes et revêtiront des tabliers en caoutchouc soigneusement nettoyés qui doivent recouvrir tout le corps. Des précautions analogues seront employées à l'égard des spectateurs, surtout dans les grandes cliniques où les opérations sont toujours suivies par un grand nombre de médecins.

L'*opérée* sera nettoyée avec un soin extrême, surtout si elle appartient à la classe inférieure de la société. On lui fera prendre des bains chauds complets, et on lavera tout le tronc, surtout l'ombilic, les plis inguinaux, et les organes génitaux externes au savon et à l'eau chaude. Le mont de Vénus doit être rasé. Si on croit devoir, au cours de la laparotomie, ouvrir le vagin ou la cavité utérine, on aura soin de désinfecter ces organes à l'avance, de la manière que nous avons indiquée. L'opérateur et son personnel doivent, le jour avant l'opération, éviter de se trouver en contact avec

des malades ou des objets pouvant devenir des agents d'infection.

Il est évident, ainsi que nous l'avons dit au commencement de ce chapitre, qu'un contrôle sérieux de toutes ces mesures de propreté et d'antisepsie n'est possible que dans les cliniques construites dans ce but spécial. Je sais qu'un certain nombre de chirurgiens anglais considèrent ces soins préliminaires comme inutiles ; mais il n'en reste pas moins établi que les laparotomies constituent un genre d'opérations spéciales, qui réclament des précautions exceptionnelles, ne fût-ce que pour cette raison qu'il est jusqu'ici pour ainsi dire impossible de désinfecter la cavité péritonéale, une fois que l'infection a débuté. Il faut donc mettre tout en œuvre pour obtenir l'asepsie primitive.

Il me reste à parler de quelques *mesures prophylactiques*, qui n'ont à proprement parler aucun rapport direct avec l'antisepsie, mais qui rendent plus facile l'observance des précautions dont nous venons de parler. Il faut avant tout tâcher de *réduire au minimum* le nombre d'assistants et le nombre d'instruments. Moins il y a de mains, d'instruments, d'éponges etc., qui viennent en contact avec la plaie péritonéale, moins il y a de danger d'infection. SCHRÖDER en particulier s'est efforcé pendant des années de réduire ce danger au minimum : il ne se servait, même pour les laparotomies les plus graves, que d'un nombre fort restreint d'instruments, de construction aussi simple que possible. Pour tout personnel, il n'avait qu'un assistant, et en outre une garde qui s'occupait des fils, des éponges et des liquides antiseptiques. A ceux qui sont entourés d'un grand nombre d'aides, il paraîtra peut-être étrange qu'on puisse, même dans les opérations abdominales les plus difficiles, se tirer d'affaire avec un seul assistant ; et cependant la chose est possible et même facile. Les instruments reposent dans un bain antiseptique, d'où l'opérateur ou son assistant les retirent pour les y plon-

ger de nouveau après les avoir employés. Personne d'autre ne doit toucher à ces instruments.

Un second point qui mérite de fixer l'attention est la *rapidité* avec laquelle on opère. Toutes choses égales, les chances d'infection sont évidemment plus considérables si la cavité abdominale reste ouverte pendant deux heures que si l'opération est terminée au bout d'une heure. D'autre part, il est désirable que la séreuse péritonéale soit protégée contre le contact de l'air, pendant toute la durée de l'opération, par des essuie-mains ou des éponges.

Un troisième point concerne le *moment de la journée*, auquel on pratique les laparotomies. Il faut autant que possible pratiquer les opérations abdominales avant toute autre et surtout avant d'avoir été en contact avec d'autres malades. Nous opérons d'habitude de très bonne heure pour être sûr que les assistants et les spectateurs n'ont pas pu se mettre en rapport avec des malades quelconques.

Si l'on a une *série de laparotomies* à pratiquer, on prendra d'abord les cas les plus simples et les moins suspects, pour s'occuper ensuite de ceux chez lesquels on a à craindre des troubles inflammatoires ou de la suppuration. Si, contre toute attente, le premier cas qu'on opère est infectieux, on fera bien de remettre les autres laparotomies à une époque ultérieure.

CHAPITRE III

ANESTHÉSIE DANS LES OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Si nous consacrons un chapitre spécial à l'étude des anesthésiques en gynécologie, c'est que nous sommes très fréquemment obligés, parfois dans le seul but de poser un bon diagnostic, de provoquer l'anesthésie chez la femme, et que d'autre part la sensibilité extrême du péritoine exige de pousser très loin la narcose dans les laparotomies. La pratique moderne des maladies des femmes repose presque toute entière sur les résultats fournis par l'exploration bimanuelle. Or cet examen exige le relâchement complet des muscles abdominaux, surtout s'il s'agit d'explorer les annexes de l'utérus, et ce relâchement ne saurait être obtenu, dans les cas difficiles, qu'à l'aide d'un anesthésique.

Chloroforme, éther. — Je ne saurais assez conseiller l'emploi de l'éther ou du chloroforme chaque fois qu'il existe un doute dans l'esprit du gynécologue. Il est vrai que le doute peut persister après l'usage des anesthésiques, mais ces insuccès ne modifient en rien la valeur de ce procédé d'exploration dans le plus grand nombre des cas. On se décidera d'autant plus volontiers à recourir aux anesthésiques, que la narcose est plus facile à obtenir et moins dangereuse chez la femme que chez l'homme. Si pour assurer le diagnostic, on juge nécessaire de pratiquer le toucher rectal avec deux doigts,

exploration très douloureuse et qui provoque toujours des contractions réflexes énergiques de la part des muscles abdominaux, on ne saurait évidemment se passer d'éther ou de chloroforme.

Pour les laparotomies, il faut une narcose *profonde et prolongée*, attendu que toute manipulation un peu violente sur le péritoine provoque, même pendant l'anesthésie complète, des mouvements réflexes et des contractions énergiques des muscles abdominaux. On pourrait à la rigueur prévenir les mouvements désordonnés des bras et des jambes en les liant avec des serviettes à la table d'opération ; quant aux contractions réflexes des parois abdominales, l'anesthésie profonde seule peut les annihiler.

Dans le but de faciliter et de régulariser la narcose, tout aussi bien que de prévenir les efforts de vomissement pendant et après l'opération, on fera bien de pratiquer, au début de l'anesthésie, une injection hypodermique d'un ou de deux centigrammes de morphine. En tout état de cause, on ne se servira que de *chloroforme pur*, préparé à l'aide du chloral.

Pour donner le chloroforme on emploie quelquefois l'appareil de JUNKER, qui permet de faire inhaler à la malade de l'air frais en même temps que des vapeurs de chloroforme.

Nous nous sommes toujours contentés d'un simple masque en tissu de flanelle. Dans le but d'éviter les efforts de vomissement qui surviennent si souvent pendant la narcose chloroformique, un certain nombre d'opérateurs ont recours à d'autres anesthésiques, tels que le bichlorure de méthylène, l'éther etc. Mais aucune de ces substances ne présente d'avantages sérieux sur le chloroforme pur.

Bromure d'éthyle. — Dans les petites opérations gynécologiques, telles que le râclage de la cavité utérine etc., où il suffit d'une perte passagère de la sensibilité, le *bromure d'éthyle*₃

nous a souvent rendu service : si nous nous en tenons à notre expérience personnelle, cette substance n'est nullement dangereuse ; ensuite, il n'est pas nécessaire, avec le bromure d'éthyle, de pousser l'anesthésie jusqu'à l'inconscience complète ; enfin, l'action assoupissante du bromure d'éthyle se dissipe rapidement et la malade, ayant repris complètement ses sens, peut se lever, marcher et retourner chez elle. Il m'est même arrivé maintes fois de faire tenir le masque par la malade elle-même et de me borner à lui verser une nouvelle quantité du narcotique au moment où elle commençait de nouveau à se plaindre de douleurs. Si on emploie le bromure d'éthyle, il importe de ne pas dépasser la stade d'excitation, l'action de ce médicament étant, à partir de ce moment, tout à fait analogue à celle du chloroforme.

Cocaïne. — On a aussi cherché à utiliser en gynécologie les propriétés anesthésiantes de la *cocaïne*. Il suffit, d'après FRAENKEL (1) de badigeonner les muqueuses avec une solution à 20 p. 100 de cocaïne pour obtenir l'insensibilité la plus complète. A ces badigeonnages il faut préférer, comme étant plus efficaces et d'un effet plus prolongé, les injections sous-cutanées de cocaïne. Administrée de cette manière, la cocaïne paraît pouvoir procurer une anesthésie suffisamment prolongée pour permettre de pratiquer les opérations plastiques sur les organes génitaux externes (2). Toutefois il faudra que des expériences ultérieures nous permettent de déterminer avec précision la concentration des solutions à employer (4 à 10 p. 100, d'après LANDERER et FRAENKEL) et nous fassent connaître les dangers inhérents à l'emploi des solutions trop concentrées. Du reste, l'emploi du bromure d'éthyle et de la cocaïne a plus d'importance pour la pratique privée, alors que

(1) FRAENKEL *Centralb. f. Gynæk.*, 1884, n° 49.

(2) E. FRAENKEL, *Centralblatt f. Gynæk.*, 1886, n° 25. — Cet article contient la bibliographie relative à l'emploi de la cocaïne.

le médecin est souvent abandonné à ses propres forces, que dans les cliniques et les instituts hospitaliers où l'on trouve toujours des assistants en nombre suffisant pour permettre d'avoir recours au chloroforme.

CHAPITRE IV

DES SUTURES

Les règles qui président à l'application des sutures en général s'appliquent également aux sutures employées dans les opérations gynécologiques. Cependant les instruments à sutures employés en gynécologie et la façon de s'en servir présentent certaines particularités qui méritent de fixer l'attention : le chirurgien-gynécologue est souvent obligé de placer des sutures à de grandes profondeurs, en des points inaccessibles à la vue, n'ayant d'autre guide que le toucher ; il faut ajouter à cela que les opérations plastiques sont d'une fréquence extraordinaire en gynécologie. Toutefois, pour rester fidèle au plan que je me suis tracé en écrivant ce livre, je me bornerai à décrire les méthodes d'application des sutures, qui me paraissent les plus utiles et les plus généralement employées.

Pinces et porte-aiguilles. — Le gynécologue se voit fréquemment forcé de pratiquer des sutures dans la profondeur du vagin ou de la cavité abdominale, à une très grande distance de la portée de la main : cette circonstance explique pourquoi nous nous servons de pinces ou de porte-aiguilles *très longs*. Il faut qu'un système à crémaillère placé dans le manche de l'instrument permette de saisir et de fixer énergiquement l'aiguille dans le mors de la pince ; en effet l'opérateur, en plaçant les sutures, ne peut pas toujours saisir à pleine

main le manche de l'instrument et il est souvent obligé de faire parcourir à l'aiguille un trajet plus ou moins contraire à sa courbure, et par là même de déployer une certaine force. Les porte-aiguilles de HEGAR (fig. 21) et de HAGEDORN (fig. 22) conviennent parfaitement sous ce rapport ; ils sont en outre de maniement et de désinfection faciles. Pour que l'aiguille soit bien saisie, il est bon que les surfaces internes du mors de l'instrument soient doublées d'une lame mince de métal mou (plomb) ou qu'elles soient pourvues de petites rainures.

On fera bien de s'habituer à employer toujours le même porte-aiguilles ; celui de HEGAR, fait en bon acier, me paraît suffire à toutes les exigences. Il est vrai qu'après un emploi prolongé, surtout si on emploie souvent des aiguilles d'épaisseur différente, l'acier perd de son élasticité et que la prise n'est plus aussi solide : les aiguilles vacillent dans le mors de l'instrument. Pour obvier à cet inconvénient, que les porte-aiguilles présentent tous à un degré plus ou moins marqué, mais aussi pour d'autres raisons que nous signalerons bientôt, on peut se servir avec grand avantage d'*aiguilles montées*, dont le manche et l'aiguille sont faits d'une seule pièce. Avec les aiguilles montées, il faut, dès que la pointe est sortie, saisir le fil avec un petit crochet mousse, le faire sortir hors du chas creusé à la pointe de l'instrument, et retirer ensuite l'aiguille par le chemin qu'elle a déjà parcouru. L'application des sutures devient par là même plus laborieuse ; malgré cela, les aiguilles montées présentent de grands avantages surtout s'il faut, pour placer les fils, s'en rapporter entièrement aux sensations fournies par le doigt. Nous nous sommes servis très fréquemment de ces aiguilles (fig. 24), notamment pour lier les annexes de l'utérus, pour pratiquer l'amputation élevée du col ou l'extirpation totale de l'utérus par le vagin etc. Nous employons des aiguilles montées très fortes, très recourbées et à pointe

mousse pour éviter de piquer les gros vaisseaux. Les tissus à traverser étant généralement assez mous, il n'est pas nécessaire que la pointe de ces aiguilles soit très acérée.

Fils à sutures. — On a beaucoup écrit sur les avantages des diverses substances employées dans la confection des *fils* : soie, catgut, argent, crin de Florence. Nous nous sommes servis presque exclusivement de la soie et du catgut. Cependant les fils métalliques, abstraction faite des difficultés qu'il y a de les placer, présentent des qualités spéciales, et SÆNGER, HEGAR et KALTENBACH en recommandent l'emploi. Nous nous servons exclusivement, depuis des années, de soie anglaise finement tressée. Nous la préparons de la manière que nous avons décrite précédemment et nous en avons de trois épaisseurs différentes. Cette soie est très solide et elle n'irrite pas les tissus. La seule objection qu'on puisse lui faire est qu'elle devient assez dure au contact des solutions désinfectantes ; mais il suffit, pour y remédier, de placer pendant quelques instants le fil dans l'eau chaude, soigneusement stérilisée.

L'idéal d'un bon fil à sutures serait un fil, solide et résistant comme la soie, non irritant et susceptible d'être résorbé par les tissus vivants. Le catgut, préparé selon les prescriptions de SCHEDE et KUESTER réunit toutes ces qualités. On peut employer le catgut, tout comme la soie, pour la suture entrecoupée ; mais l'avantage principal qu'il présente est de se prêter parfaitement aux sutures perdues et de permettre la réunion régulière et solide des surfaces de plaies très étendues. WERTH a été le premier (1) à conseiller l'emploi du catgut dans les opérations plastiques ; pour ma part, j'en ai fait constamment usage depuis cette époque (2).

SCHEDE et KUESTER ont recommandé l'usage du catgut

(1) *Centralb. f. Gynæk.*, 1879, n° 23.

(2) *Berliner klin. Wochensch.*, 1884, n° 1.

pour pratiquer la *suture continue*. A l'aide du catgut, on peut réunir les plaies, de la profondeur vers la superficie, par étages superposés, sans avoir à s'inquiéter de la réunion des surfaces saignantes. Grâce à ce procédé, il est possible, dans les opérations plastiques, d'adosser les plaies les plus larges, sans exercer de tension trop forte sur les tissus et sans que la réunion par première intention soit entravée par l'accumulation de sang ou de sécrétions.

Avivement de la plaie. — Sutures. — Si l'on veut obtenir la réunion par première intention, il faut avant tout veiller à l'état de la plaie et à l'application des sutures.

En ce qui concerne le premier point, il faut tâcher autant que possible d'obtenir deux surfaces saignantes *symétriques*, de même forme et de même longueur. Si un des bords de la plaie est plus long que l'autre, on doit corriger cet inconvénient en rapprochant un peu plus les fils du côté où la lèvre de la plaie présente le moins d'étendue (voir fig. 34 d'après HEGAR). Si l'inégalité est par trop considérable, il faut modifier l'avivement : allonger le bord qui est trop court ou élargir la moitié de la plaie qui est trop petite. Dans les larges avivements de la muqueuse plissée et relâchée du vagin, ces défauts de symétrie se produisent facilement, car il est parfois difficile d'étaler d'une façon régulière le champ opératoire. Il faut en outre, et cela est très important, que les surfaces d'avivement soient *régulières* et que les bords de la plaie soient *nets*. On ne doit pas cependant attacher trop d'importance et mettre trop de temps à égaliser les surfaces avivées à l'aide des ciseaux ; il suffit, pour obtenir la réunion immédiate, d'enlever les lambeaux de tissu qui sont par trop sail-lants. La surface de la plaie que l'on veut réunir doit présenter une certaine largeur, ainsi que l'a démontré SIMON dans sa monographie classique sur les fistules urinaires. Mais si on dépasse une certaine limite de largeur, on se trouve

en présence de difficultés nouvelles : ou bien les fils serrent trop peu, et alors il s'accumule du sang et des sécrétions entre les surfaces avivées ; ou bien la compression des tissus est trop forte et il en résulte d'autres inconvénients. C'est précisément pour la réunion des larges surfaces d'avivement que les sutures perdues au catgut, conseillées par WERTH, et que je recommande moi-même, sont utiles et qu'on obtient d'excellents résultats de la suture continue. Le conseil donné par HEGAR, de ne pas aviver de surfaces trop larges pour pouvoir être saisies et réunies à l'aide d'un seul fil, est excellent, mais il est parfois difficile à suivre, notamment dans les grandes opérations de prolapsus du vagin et de l'utérus. Du reste, on n'obtient jamais, avec la suture unique, d'affrontement aussi régulier qu'avec les fils perdus en catgut.

Tension des fils. — Un second point essentiel dans ce genre d'opérations est d'éviter la trop forte *tension* des bords de la plaie : si les tissus voisins exercent sur la plaie, de part et d'autre, des tractions trop fortes et trop prolongées, les surfaces saignantes finiront nécessairement par s'écarter. Cette considération s'applique aussi bien aux opérations plastiques étendues, pratiquées dans des tissus riches en vaisseaux, qu'aux opérations plastiques du col et du corps de l'utérus. Il faut que les lambeaux soient mobiles et relâchés au point de pouvoir être appliqués l'un contre l'autre sans le moindre effort. On obtient, il est vrai, par l'emploi de la suture perdue en catgut, des succès absolument inespérés ; malgré cela, il importe de ne jamais se départir, dès que la chose est possible, de la règle énoncée plus haut. Les sutures et les incisions libératrices ne constituent qu'un pis-aller, auquel on n'aura recours qu'en cas d'absolue nécessité. Pour peu que les lèvres de la plaie s'écarterent, il se produit des accumulations de sang et de sécrétions et la réunion par première intention devient impossible.

Il est bon aussi, pour éviter cet inconvénient et le danger qui en résulte, de *lier au préalable les artères* qui saignent à la surface des plaies. Si on s'en rapporte uniquement à la suture pour arrêter le sang, on risque, ou bien de trop comprimer les tissus dans les sutures, ou de ne pas les serrer suffisamment et de voir l'hémorrhagie continuer. Exception est faite cependant pour les opérations pratiquées sur le col de l'utérus : la ligature isolée des vaisseaux n'est guère possible dans les tissus durs et rigides de cet organe ; il faudra par conséquent serrer énergiquement les fils à suture au risque de les voir plus tard couper et traverser les parois du col, ce qui, du reste, ne présente aucun inconvénient.

Autre point important : ainsi que le conseille HÉGAR, il faut que chaque fil embrasse toute l'étendue de la plaie, ou tout au moins que la partie qui n'est pas saisie par le fil n'ait pas une trop grande étendue. Si on agissait autrement, on verrait le sang et les sécrétions se collecter dans les parties de la plaie qui n'ont pas été comprises dans l'anse du fil et la réunion par première intention échouerait.

La même règle est applicable aux sutures en étage au catgut ; il faut veiller, pour chaque série de sutures, à ce que l'aiguille s'engage au-dessous du fond de la plaie encore béante, tout en prenant garde évidemment de piquer et de couper les fils situés plus profondément.

On évitera de voir les bords de la peau ou de la muqueuse se replier en dedans, si on n'enfonce pas l'aiguille trop loin du bord de la plaie. L'erreur une fois commise, il devient difficile de la corriger par l'application de sutures superficielles. On peut cependant diminuer la tension des bords de la plaie grâce à des sutures placées à une grande distance de ces bords et pratiquer ensuite l'affrontement des surfaces avivées par des sutures spéciales. La fig. 34 *a* fait ressortir la différence entre la suture profonde (*gh*), la suture moyenne (*ef*) et la suture superficielle (*cd*).

Il faut une certaine habitude pour serrer convenablement les nœuds. Pour l'application des sutures profondes il est bon de tirer avec une certaine force sur les deux chefs du fil pendant qu'on les noue : sans cette précaution, les tissus rapprochés des nœuds sont seuls serrés d'une manière énergique, tandis que les parties profondes de la plaie sont relâchées dans l'anse du fil. Quand on emploie des fils d'argent, il est plus difficile encore d'obtenir, en serrant les nœuds, le degré de constriction voulu.

Pour terminer ce chapitre, il me reste à dire un mot de la façon de pratiquer ces différentes sutures. L'application des sutures et des ligatures avec du fil de soie n'a pas besoin d'une

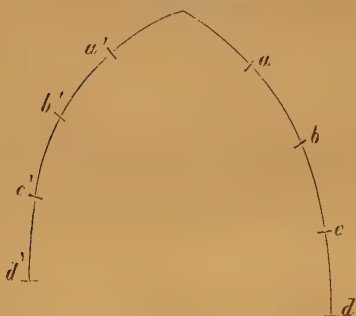


Fig. 34. — Suture d'après HEGAR.

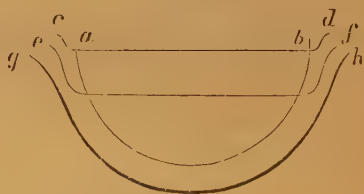


Fig. 34 a. — Sutures :
gh, profonde; ef, moyenne; cd, superficielle.

description spéciale. Pour les ligatures en général, mais surtout pour les ligatures *en masse*, il est bon de faire toujours le nœud de chirurgien, c'est-à-dire de passer deux fois le bout du fil dans la même anse, pour que la ligature ne se relâche pas pendant qu'on fait le second nœud. Il n'est pas nécessaire alors d'appuyer du doigt sur le premier nœud, pendant qu'on noue les deux chefs du fil pour la seconde fois. Si on se sert de fils de catgut, on évitera de tirer sur les deux chefs du fil pendant qu'on place le second nœud, sans quoi le premier nœud pourrait se relâcher et la suture n'exercerait plus une constriction suffisante.

Il importe en outre de placer les deux nœuds de façon à ce que les anses des fils se correspondent (fig. 35 *a*). Si le second nœud est mal appliqué sur le premier (fig. 35 *b*), la suture et la ligature n'ont plus la même fixité et, en outre, on court grand risque de rompre le fil.

Pour les ligatures en masse, on évitera de saisir trop de tissu à la fois pour ne pas devoir employer de fils de soie démesurément épais et pour ne pas courir le risque de voir les tissus, tendus outre mesure, glisser plus tard hors de leurs liens. Mieux vaut placer une ligature en plus, que d'être obligé de rechercher et de lier une seconde fois des points qui saignent, ou d'avoir à craindre une hémorragie secondaire, surtout après une laparotomie. Si on veut faire des ligatures en masse, solides et résistantes, avec du fil de catgut, on doit veiller avec le plus grand soin à bien serrer les nœuds,

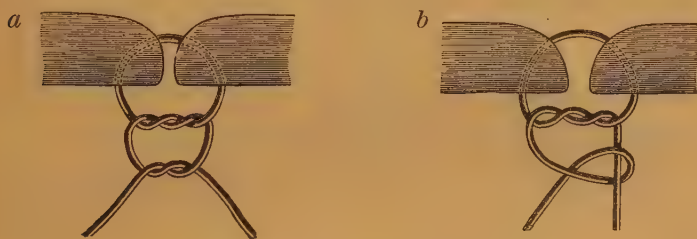


Fig. 35. — Double nœud de suture.

a. bien fait ; *b.* mal fait.

parce que le catgut étant assez extensible et beaucoup plus lisse que la soie, les nœuds se défont très facilement. Pour ma part, je trouve que la soie fine se prête mieux aux ligatures en masse que le catgut.

Suture continue. — Pour pratiquer la *suture continue* (1), on débute de la même manière que pour la suture à points

(1) Consulter WALLICH. *Sur la ligature en chaîne. Procédé pour placer les fils.* Paris, 1889.

séparés ; on veille à ce que les nœuds viennent reposer sur la surface extérieure de la peau ou de la muqueuse. Si dans le cours d'une opération plastique on désire passer, de la suture continue superficielle, à la suture perdue, on se borne à percer le bord droit de la plaie et à faire sortir l'aiguille dans la plaie ; si on pratiquait la suture perdue après avoir traversé le bord gauche, on ferait évidemment rentrer ce bord vers l'intérieur de la plaie (fig. 36 *a*). On passe de la suture perdue, profonde, à la suture superficielle, en poussant l'aiguille de la plaie vers la lèvre gauche (fig. 36 *b*).

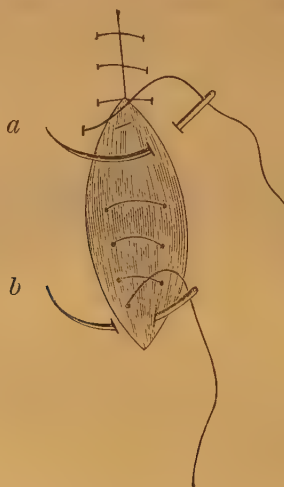


Fig. 36. — Suture perdue après suture continue superficielle.

Si, pendant la suture continue, on est obligé de prendre un nouveau fil, on peut, ou bien fixer le premier fil par un nœud au bord de la plaie, ou bien réunir par un nœud le second fil au premier. Pour terminer la suture, on arrête le fil en l'enroulant dans les sutures voisines, ou en le fixant par un nœud coulant à la dernière spirale.

Il est plus difficile de placer les fils *métalliques*. Il est essentiel que le fil métallique soit souple, quoique pas trop

mince. Après avoir percé les deux lèvres de la plaie, on comprime directement les tissus saisis dans l'anse du fil, à l'aide d'un instrument *ad hoc*, ou bien on se sert du tord-nœuds (fig. 26). Le tord-nœuds est une tige métallique arrondie, présentant à son extrémité un petit segment recourbé en forme de S, dont les deux concavités embrassent les deux chefs du fil ; on applique l'extrémité du tord-nœuds contre les bords de la plaie en tendant fortement les fils et on fait un ou deux tours tout au plus pour fixer la suture. On retire ensuite un peu le tord-fils en arrière sans abandonner les fils, on tourne encore et continuant à reculer et à tourner on fait un nœud long de 1 à 1 centimètre 1/2, que l'on aplatit sur un des côtés de la plaie après l'avoir coupé avec des pinces à bords tranchants. Le procédé de BOZEMAN, consistant à fixer les fils métalliques sur des lames de plomb, ne présente aucun avantage bien accusé.

Hémostase. — L'étude de l'emploi des sutures me conduit naturellement à faire quelques réflexions sur l'hémostase. Dans le premier chapitre de ce livre, j'ai indiqué les avantages que présentent, sur toutes les pinces à ressort, les pinces hémostatiques construites sur le modèle des pinces de KÆBERLÉ. Ces pinces doivent être assez lourdes pour ne pas tomber à tout moment dans le champ opératoire. Elles doivent être suffisamment longues pour permettre de saisir les vaisseaux situés profondément dans le vagin ou dans le petit bassin. Ces pinces font pour ainsi dire la transition entre les pinces hémostatiques ordinaires et les clamps, usités autrefois par SPENCER WELLS pour le traitement extra-péritonéal du pédicule après l'ovariotomie, et employés aujourd'hui en France dans l'extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Ligature des vaisseaux. — La ligature isolée des vaisseaux doit être pratiquée toutes les fois qu'elle est possible. Si on

ne parvient pas à saisir les vaisseaux, comme cela arrive pour les plaies pratiquées sur le tissu rigide de la matrice, il faudra recourir aux ligatures dans la continuité des tissus, à l'aide de petites aiguilles courbes. Ces ligatures sont la forme la plus simple des ligatures en masse, auxquelles il faut parfois avoir recours pour assurer la constriction des organes génitaux internes, remarquables par leur riche vascularisation ; toutefois, il ne faut employer ces sortes de ligatures qu'en cas d'absolue nécessité. Pour ces ligatures en masse, je donne toujours la préférence au fil de soie, car la vie de la malade peut dépendre de l'application correcte d'une de ces ligatures. OLSHAUSEN et HEGAR se servent, tant pour l'hémostase provisoire que pour l'hémostase définitive, de *ligatures élastiques* — ou tubes — qu'ils serrent énergiquement autour des parties à lier et qu'ils fixent soit par un nœud (OLSHAUSEN) soit à l'aide d'un fort fil de soie.

Divers moyens peuvent être employés pour arrêter les *hémorrhagies en nappe* et les pertes sanguines parenchymateuses. Si elles proviennent du vagin, on parvient assez aisément à les tarir soit par le tamponnement avec de l'ouate ordinaire ou de l'ouate préparée au perchlorure de fer, soit à l'aide du fer rouge, surtout si on applique en même temps un pansement compressif sur l'abdomen. L'hémostase est beaucoup moins aisée dans la cavité abdominale : si on ne parvient pas à arrêter l'hémorrhagie par l'application de sutures ou de ligatures, ou par la compression directe prolongée, on aura recours aux styptiques : badigeonnage avec l'essence de térébenthine (MARTIN), avec le perchlorure de fer, cautérisation au fer rouge. Comme dernière ressource, on appliquera un bandage énergiquement compressif sur l'abdomen.

Suture après laparotomie. — La suture de la plaie abdominale, après les laparotomies, réclame une description spéciale. La suture abdominale est avant tout une suture plasti-

que, où la réunion primitive est indispensable, tant pour prévenir la formation d'abcès, de hernies etc., que pour assurer l'occlusion de la cavité abdominale. La suture de la plaie abdominale doit être exceptionnellement solide, pour pouvoir résister aux tiraillements des bords de la plaie résultant du météorisme, des secousses de toux et des efforts de vomissement.

Dans les premiers temps de la laparotomie, on pratiquait des sutures très compliquées et on entourait le ventre, pendant 10 jours au moins, d'un pansement énergiquement compressif. SCHRÖDER le premier démontra, par les succès opératoires qu'il obtint, que la simple suture à points séparés suffit, même en l'absence de tout pansement compressif, à assurer la réunion des bords de la plaie abdominale. Le procédé auquel il a toujours eu recours, pour sa dernière laparotomie comme pour la première, consistait à placer des sutures entrecoupées, en fort fil de soie, fixées par trois nœuds. Cette méthode est d'une application plus difficile lorsque les parois abdominales sont très épaisses ou lorsqu'elles sont amincies outre mesure : dans le premier cas, les bords de la plaie sont tendus au point de rendre la réunion à l'aide d'une seule série de fils pour ainsi dire impossible ; dans le second cas, il peut être difficile d'adosser exactement les surfaces étroites de la plaie.

Les sutures seront placées à une distance de $1/2$ à 2 centimètres, de la manière suivante : une forte aiguille, munie d'un gros fil de soie, pénètre dans la peau non loin du bord de la plaie, et traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale, péritoine compris ; elle suit un trajet en sens inverse, de l'autre côté de la plaie. Ces sutures sont fixées par trois nœuds superposés. Si les bords de la plaie sont très amincis et si la peau a de la tendance à rentrer dans la plaie, on placera, entre les sutures profondes, un grand nombre de points superficiels, adossant les bords de la peau.

Si les parois abdominales sont assez épaisses et tendues pour qu'il soit difficile d'amener au contact les parties moyennes de la plaie, on fera pénétrer un certain nombre de fils à une grande distance des bords de la plaie de façon à diminuer la tension de ces bords ; après quoi on les réunira intimement par des sutures demi-profondes et superficielles.

On pourrait aussi se servir de catgut et procéder de la manière suivante : placer d'abord, sans les nouer, un certain nombre de sutures libératrices en soie, réunir ensuite les deux surfaces de la plaie par la suture continue en catgut, et finalement nouer les fils de soie.

Sur 900 à 1000 laparotomies que j'ai vu pratiquer par SCHRÖDER à Berlin, trois fois seulement j'ai vu les sutures céder et la plaie abdominale s'entr'ouvrir, à la suite de violents efforts de vomissement.

CHAPITRE V

OPÉRATIONS PRÉPARATOIRES

Avant de décrire en détail les opérations proprement dites qui se pratiquent sur les organes génitaux de la femme, je crois utile, pour éviter des redites superflues, d'entretenir le lecteur de quelques manipulations gynécologiques auxquelles on a recours avant ou après ces opérations.

A. — Opérations préparatoires sur le vagin.

Irrigation vaginale. — J'ai déjà eu l'occasion de décrire les appareils qui permettent de mettre le vagin à découvert, ainsi que les instruments dont on se sert pour pratiquer des irrigations de lavage dans le canal génital de la femme. Je tiens à répéter ici que pour désinfecter le vagin, il ne suffit pas d'une simple irrigation antiseptique, mais qu'il est indispensable de frotter les parois vaginales avec du savon et de l'eau chaude, soit à l'aide du doigt, ou mieux encore à l'aide d'une brosse longue et étroite. Cette désinfection du vagin doit précéder toute opération gynécologique, à part quelques laparotomies très simples.

Bon nombre d'opérations pratiquées dans le vagin nécessitent des irrigations répétées du champ opératoire. Pour éviter toute perte d'espace dans le canal déjà suffisamment étroit du vagin, on a imaginé d'adapter des appareils à irrigations aux branches mêmes des spéculums (FRITSCH). Pour notre

part, nous pratiquons toujours ces aspersions à l'aide d'une canule en caoutchouc durci, courbée à angle droit : le robinet dont cette canule est munie (fig. 10) permet au doigt de modérer à volonté l'abondance du liquide injecté. Après l'opération, il peut être nécessaire de pratiquer des irrigations prolongées d'eau très froide (glacée) ou très chaude (50° C) pour arrêter les hémorrhagies parenchymateuses. Il ne suffit pas, pour obtenir de l'eau glacée, de mettre quelques morceaux de glace dans l'irrigateur : il faut remplir de glace tout l'appareil, puis verser de l'eau par-dessus. Pour obtenir l'effet styptique désiré, on donnera au jet une certaine force et une certaine largeur, afin d'agir en même temps d'une manière mécanique.

On a recours, après certaines opérations, à l'*irrigation permanente* du vagin. Si des sécrétions putrides ou des débris de tissus gangréneux s'accumulent sans cesse dans le vagin, il peut être de la plus grande utilité de pratiquer des lavages prolongés du vagin et de la partie inférieure de l'utérus. Le point délicat est de donner à la femme une position commode à la fois pour elle et pour l'écoulement régulier du liquide. Le mécanisme préconisé par FLAISCHLEN, employé depuis sept ans à la clinique de Berlin, est à la fois le plus simple et le plus pratique. Sur un plan résistant est placé un matelas ne recouvrant que la moitié de la table : la malade est couchée sur ce matelas de telle façon que les organes génitaux externes correspondent au bord du matelas. Le liquide qui sort du vagin s'écoule, par l'intermédiaire d'une toile en caoutchouc, dans un vase en fer-blanc, placé près du bord libre du matelas, et percé sur un de ses côtés d'un trou qui permet à un tube de déverser le liquide hors du lit. Au besoin, on peut pratiquer l'irrigation continue en couchant la malade tout contre le bord du lit, de façon à ce que l'une des jambes soit étendue dans le lit, tandis que l'autre repose sur une chaise placée à proximité. Une toile imperméable permet

au liquide de s'écouler du vagin dans un seau. Pour pratiquer l'irrigation permanente, on ne se servira que de désinfectants qui ne peuvent pas déterminer d'intoxication : acétate d'alumine, thymol, permanganate de potasse, acide borique, etc. (1).

Tamponnement vaginal. — Il nous reste à dire quelques mots du *tamponnement* du vagin. On y a recours soit pour dilater graduellement le vagin, soit pour exercer une pression continue sur les parois de ce canal ou sur le segment inférieur de l'utérus. La dilatation graduelle du vagin est principalement usitée comme temps préparatoire à l'opération de la fistule vésico-vaginale, dans les cas où le conduit vaginal est rétréci par des adhérences ou des cicatrices : on l'obtient, non pas par l'introduction de substances ou de tissus compressibles, mais en laissant en place pendant plusieurs heures dans le vagin des boules en caoutchouc élastique.

Quant à la compression exercée par les tampons, on y a recours le plus souvent dans le but d'arrêter des hémorrhagies provenant des parois du vagin ou du col de la matrice. On se sert, à cet effet, soit de bourdonnets d'ouate salicylée, munis d'un fil fort, soit de bandes étroites de gaze iodoformée dont les chefs viennent pendre au-devant de la vulve. On peut aussi appliquer directement, contre les points qui saignent, des tampons d'ouate au perchlorure de fer. On applique ces tampons en les introduisant à travers un spéculum, et en les tassant l'un contre l'autre. On tâchera de remplir le plus possible les culs-de-sac vaginaux ; l'entrée du vagin doit rester

(1) Cette installation nous paraît bien compliquée et peu pratique, en comparaison de celle qu'ont étudiée MM. PINARD et VARNIER et qu'ils ont exposée en détail dans le travail que j'ai eu l'honneur d'éditer en 1886. *De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif de l'infection puerpérale.*

Depuis l'époque de cette publication ces auteurs, s'inspirant des travaux du prof. BOUCHARD, ont remplacé les solutions phéniquées ou de sublimé par l'eau naphtolée dont l'action germicide est aussi active et qui ne produit aucun accident d'intoxication. (N. de l'Éd.).

libre, si on veut éviter de gêner la miction et la défécation. Si le vagin est très large et très souple, on cherchera à obtenir une contre-pression par l'application d'un bandage compressif sur l'abdomen.

B. — Opérations préparatoires sur le col utérin.

L'antisepsie prophylactique du col, avant les opérations, doit être pratiquée de la même manière que celle du vagin. Après avoir découvert le col au fond d'un spéculum, on enlèvera d'abord les mucosités qui tapissent la muqueuse cervicale, pour la badigeonner et la frictionner ensuite énergiquement avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution désinfectante. Si l'organe n'est pas suffisamment accessible, on tâchera de saisir sa paroi externe à l'aide d'une pince tire-balles, dont les érignes seront placées, l'une à l'intérieur du canal cervical, l'autre sur la face externe de la paroi du col. Appliquée de cette manière, la pince ne gêne pas les mouvements de l'opérateur.

Abaissement du col. — Pour toute opération pratiquée sur le col ou sur la partie supérieure du vagin, il est nécessaire d'*attirer le col* vers l'entrée du vagin. A cet effet on saisit la lèvre antérieure, qui est la mieux accessible, entre les griffes d'une pince de MUZEUX et on abaisse l'utérus par des tractions exercées suivant l'axe du bassin. Il va de soi qu'il faut au préalable s'être assuré qu'il n'existe pas dans le petit bassin de lésions pouvant contre-indiquer le mouvement de descente forcée de l'utérus.

Lorsque les ligaments de l'utérus sont normaux, l'abaissement de la matrice jusqu'à la vulve est aisé et dépourvu de danger. Pour gagner de la place, on peut fort bien fixer l'utérus dans sa position nouvelle à l'aide d'un fil passé dans une ou dans les deux lèvres du col. L'utérus abaissé entraîne

et renverse la muqueuse vaginale : la branche antérieure du spéculum devient ainsi inutile ; pour écarter la paroi postérieure du vagin et déprimer le périnée, on se servira de préférence d'une valve très courte.

Dilatation du col. — Rien n'est plus fréquent que d'avoir à *dilater le canal cervical* pour le rendre perméable soit au doigt, soit aux instruments. On arrive à ce résultat : 1^o par l'emploi de *dilatateurs* qui se gonflent par imbibition ; 2^o par la *dilatation rapide* à l'aide d'instruments mousses ou du bistouri.

Tentes-éponges. — Laminaria. — Tupelo. — Le premier procédé est depuis longtemps en usage (1). Pendant bien des années, on s'est servi exclusivement, à l'exemple de SIMPSON, d'éponges comprimées, ou tentes-éponges, construites en forme de cônes d'épaisseur différente. En se dilatant, les éponges distendent énergiquement les parois du col et ouvrent largement le canal cervical. Le danger de septicémie, autrefois inhérent à l'emploi des éponges, n'est plus à craindre aujourd'hui si on emploie les précautions antiseptiques nécessaires (2). Malgré cela, les tiges de laminaria et de tupelo nous semblent bien préférables : elles se dilatent fort bien, et n'exposent pas autant que les éponges au danger qui résulte de la décomposition des sécrétions (3).

Les bâtonnets de laminaria ont l'inconvénient de n'être pas assez épais ; d'autre part, ils ne se dilatent pas autant que les tiges de tupelo. Nous nous servons exclusivement depuis des années des tiges de tupelo, recommandées en premier lieu par LANDAU (4) : il en existe de toutes les grosseurs, elles

(1) CONS. CHROBACK. *Untersuchung. der weiblichen Genitalien und allgemein. gyn. Therapie*, p. 87 etc. BILLROTH-LUECKE. *Hand. der Frauenkr.*

(2) Voir JUNGBLUTH, *Volkmann's Vorträge*. 235.

(3) SCHULTZE, *Centralbl. f. Gynæc.* 1878, n^o 7.

(4) *Naturforsch. zu Cassel*, 1878.

sont très résistantes, se dilatent régulièrement (fig. 37) et sont faciles à employer et à tenir propres.

L'emploi de ces diverses substances réclame les soins antiseptiques les plus rigoureux. Le vagin et le col seront nettoyés et désinfectés avec les plus grandes précautions. On découvrira le col à l'aide d'un spéculum, on le fixera à l'aide



Fig. 37. — Tiges de tupelo.

d'une pince à griffes et on introduira prudemment dans le canal cervical une tente d'épaisseur appropriée (fig. 38). En trempant les tiges de laminaria dans de l'eau chaude, ou dans une solution phéniquée chaude, on peut les courber facilement et leur donner approximativement la forme du canal cervical. Pour faciliter l'introduction des bâtonnets, il est bon de les enduire d'un peu d'huile ou de vaseline. MARTIN

conseille de les tremper, immédiatement avant de s'en servir, dans une solution phéniquée à 95 p. 100 ; mieux vaut encore les plonger dans l'éther iodoformé : l'éther s'évapore et l'iodoforme reste attaché à la tige sous forme d'une poussière impalpable. On saisit l'extrémité inférieure du bâtonnet entre les mors d'une pince et on le pousse dans le canal cervical, en prenant soin toutefois que son bout inférieur sorte un peu

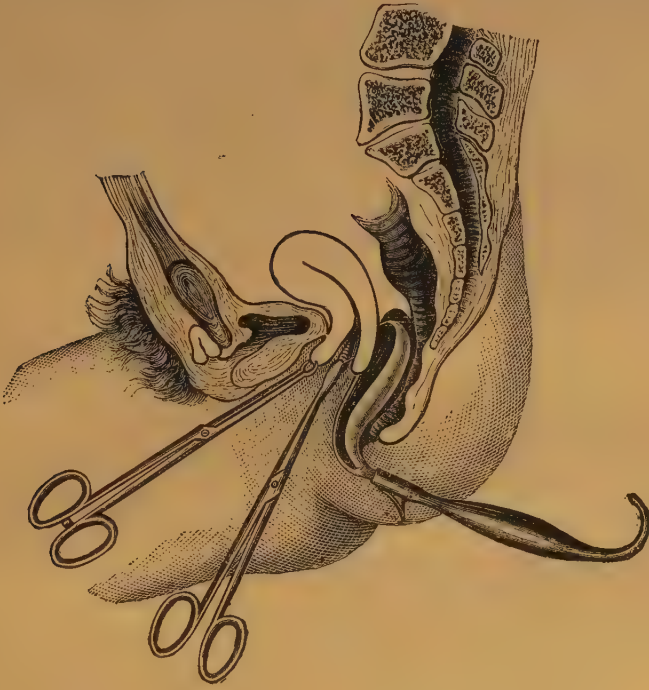


Fig. 38. — Introduction d'une tente dans le col utérin.

hors de l'orifice externe. Pour empêcher la tige de sortir, on place contre le col un tampon de gaze iodoformée. On peut à la rigueur placer les tiges de laminaire ou de tupelo sur le doigt comme guide, mais il est beaucoup plus commode et plus sûr de se servir d'un spéculum. L'extension violente du tissu utérin et les contractions que cette dilatation provoque

de la part de l'utérus déterminent assez fréquemment de violentes douleurs. On aura recours à la morphine ou à l'opium pour les apaiser.

Après huit à dix heures, on retire les tentes dilatatrices, avec toutes les précautions antiseptiques voulues, et on trouve alors généralement le canal cervical suffisamment dilaté pour le but qu'on se propose. Dans le cas contraire, on répète l'application avec une tige plus grosse ou avec un faisceau de tiges.

Une autre méthode de dilatation, fort efficace d'après mon expérience, a été imaginée par VULLIET (1). Par l'introduction progressive et prolongée (parfois pendant des semaines) de tampons de plus en plus gros de gaze iodoformée dans l'utérus, la cavité de cet organe acquiert des dimensions telles que, rendue béante par la pression atmosphérique, elle devient visible jusqu'au fond.

Dilatateurs en gomme ou métalliques. — Quelle que soit l'efficacité de toutes ces méthodes de dilatation graduelle, elles présentent toutes, outre l'inconvénient de prendre du temps, des dangers d'infection. Or il existe des procédés de dilatation utérine beaucoup plus simples et plus rapides. On peut à l'aide de sondes métalliques graduées (SCHRÖDER, SCHULTZE, FRITSCH) ou à l'aide de bougies cylindriques en caoutchouc durci (HEGAR), dilater en fort peu de temps le canal cervical au point de rendre l'utérus perméable à des instruments, tels que la curette, etc.

La bougie de HEGAR (fig. 40) est longue de 12 à 14 centimètres. La plus étroite de la série a 2 millimètres de diamètre, la suivante en a 3 et ainsi de suite jusqu'à 25 millimètres. Je préfère, surtout quand il s'agit d'employer les sondes de petit calibre, les sondes en cuivre de SCHRÖDER

(1) VULLIET. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1885.

(fig. 39) aux bougies de HEGAR, qui sont trop courtes et qui se recourbent trop facilement au moment où elles doivent traverser l'orifice interne. La dilatation du col est surtout indispensable chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants et dont le canal cervical est très rétréci. Il vaut mieux ne pas employer de spéculum ; on saisira la lèvre antérieure du col avec une forte pince tire-balles et on introduira prudemment, l'une après l'autre, les sondes ou les bougies, chauffées et huilées au préalable. Si l'introduction d'une des tiges a été



Fig. 39.

Sonde en cuivre de SCHROEDER.



Fig. 40.

Bougie en gomme de HEGAR.

difficile, on la laissera quelques instants en place avant d'employer un numéro plus élevé. La dilatation poussée jusqu'à rendre la cavité utérine perméable au doigt est toujours une opération sérieuse. On la pratiquera soit avec le secours de l'anesthésie, soit après badigeonnage de la muqueuse utérine avec une forte solution de cocaïne.

On a imaginé encore, pour dilater le col de l'utérus, des

instruments d'acier dont les branches, fermées pendant l'introduction, sont ensuite écartées l'une de l'autre. ELLINGER a le premier construit un dilatateur à deux branches pour la gynécologie. Le dilatateur de B. SCHULTZE (fig. 41), le meilleur de l'espèce, dilate l'utérus dans le sens antéro-postérieur. Du reste, cet auteur n'emploie cet instrument que pour compléter la dilatation préliminaire obtenue avec la lamina-ria. Le dilatateur de SCHULTZE expose à blesser la muqueuse, et je doute qu'il permette de dilater le canal cervical au point de permettre l'introduction du doigt. Pour ma part, je donne-



Fig. 41. — Dilatateur utérin de SCHULTZE.

rais certainement la préférence aux grosses bougies de HEGAR, qui procurent une dilatation égale dans tous les sens et qui n'exposent pas à léser la muqueuse cervicale. En combinant l'emploi des tiges végétales et des bougies en caoutchouc durci ou en métal, on arrive presque toujours à ouvrir le canal cervical au point de permettre au doigt d'y pénétrer. Il est bien entendu qu'on n'aura recours à la dilatation du col

que s'il n'existe aucune lésion inflammatoire ni dans l'utérus, ni dans les tissus et les organes avoisinants. Du reste, l'emploi rationnel de la curette permet, dans un grand nombre de cas, d'établir un diagnostic sûr, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à la dilatation du canal cervical. Toutefois, il est encore des circonstances où la dilatation utérine est indispensable, soit pour arriver à un diagnostic rigoureusement exact, soit pour pratiquer des opérations à l'intérieur même de la cavité utérine.

Discision du col. — Un dernier procédé de dilatation utérine est la *dilatation sanglante* ou *discision du col*. Il consiste à découvrir et à fixer le col dans un spéculum et à le sectionner à droite et à gauche, aussi haut que possible, à l'aide de ciseaux droits (1). Dès qu'on est arrivé au but désiré, on réunit les lèvres des incisions par quelques points de suture. Le défaut de cette opération, assez sérieuse déjà par elle-même, est que les incisions laissent intacte la portion la plus rétrécie du canal cervical, l'orifice interne, et qu'elles ne rendent par conséquent pas la cavité utérine accessible. Font exception à cette règle les cas où l'orifice interne est déjà dilaté par une tumeur en voie d'expulsion; la discision bilatérale du col permet alors d'arriver rapidement au but désiré.

C. — Opérations préparatoires sur le corps de l'utérus.

Irrigation intra-utérine. — Après avoir dilaté la cavité utérine au point de pouvoir y introduire le doigt ou les instruments, il convient de soumettre la muqueuse de cet organe à une *désinfection* suffisante. Cette désinfection ne présente pas la même importance que celle du vagin et du canal cervical,

(1) SCHROEDER, *Centralb. f. Gyn.*, 1879, n° 86.

attendu que les germes infectieux pénètrent beaucoup plus difficilement dans la cavité utérine que dans le vagin et le col de l'utérus ; d'autre part, les parois utérines sont tapissées normalement d'une muqueuse lisse et unie, facile à nettoyer à l'aide d'une irrigation un peu prolongée.

Autrefois, on ne pratiquait les injections intra-utérines antiseptiques que dans les cas où le col était suffisamment ouvert pour permettre au liquide injecté de refluer à côté de la sonde ; aujourd'hui les sondes à double courant permettent de pratiquer ces irrigations avec la plus grande facilité.

Le cathéter dont nous nous sommes servi à la clinique de SCHRÖEDER à Berlin diffère de la sonde primitive de BOZEMAN en ce que le tube central, qui amène le liquide dans l'utérus, arrive jusqu'à l'extrémité de la sonde, laquelle est percée de plusieurs orifices de sortie pour ce liquide (fig. 27). Cette sonde est facile à démonter, à laver et à désinfecter soit dans de l'eau bouillante, soit dans l'étuve à stériliser. L'instrument de BUDIN décrit plus haut (fig. 28) est aussi à recommander.

Il est bon de n'employer que des sondes d'un diamètre suffisant pour avoir un flot de liquide assez large et pour éviter que l'orifice de sortie ne soit obstrué par les mucosités ou les caillots sanguins.

Si on avait des raisons de croire à l'insuffisance de ces irrigations antiseptiques, il serait facile d'injecter dans l'utérus des solutions désinfectantes plus concentrées. Nous nous servons dans ce but d'une seringue en verre, de plusieurs centimètres cubes de capacité, munie d'une longue canule percée à son sommet d'ouvertures assez larges pour permettre d'injecter des liquides épais, tels qu'une émulsion d'iodeforme dans la glycérine (fig. 42). On aura surtout recours à ces injections pour combattre la *décomposition putride* à l'intérieur de la cavité utérine. On est parfois obligé alors, pour

rendre la désinfection de l'utérus possible, de procéder à l'extraction de néoplasmes en voie de putréfaction, de tumeurs malignes etc. Autant il est facile de nettoyer la cavité utérine normale, autant il est parfois difficile et même impossible de la désinfecter quand elle est distendue par des tumeurs irrégulières et anfractueuses.

Les expériences, faites dans ces derniers temps, tendent à prouver que la cavité utérine ne renferme que rarement des germes infectieux (1) ; mais il n'y a jamais à cet égard de certitude absolue, surtout en ce qui concerne les parties voisines de la cavité cervicale.

Lorsque les trompes de Fallope sont le siège de lésions inflammatoires, on est en droit d'admettre que la cavité utérine est infectée.

(1) Voir à cet égard PÉRAIRE. *Des Endométrites infectieuses — Rôle des micro-organismes*. Paris 1889, G. Steinhil.



Fig. 42. — Seringue pour injecter dans la cavité utérine des solutions antiseptiques concentrées.

D. — Opérations préparatoires sur la vessie et le rectum.

Cathétérisme. — Pour ce qui regarde la *vessie*, nous n'avons à nous occuper ici que de l'évacuation de l'urine, qui doit être pratiquée avant toute opération gynécologique, et de la dilatation du canal de l'urètre permettant d'explorer la muqueuse vésicale par le toucher et par la vue.

Quand on est obligé d'avoir recours au *cathétérisme*, après les grandes opérations, il faut le faire avec la plus grande prudence pour éviter de provoquer le catarrhe de la vessie. Cette affection est due, à n'en pas douter, à l'introduction de sécrétions vaginales et de germes infectieux, et peut-être aussi en partie à l'hyperhémie, à la sensibilité extraordinaire de la muqueuse vésicale, à la suite d'opérations pratiquées dans le petit bassin. En tout cas il faut désinfecter avec le plus grand soin l'instrument dont on doit se servir. Les sondes uréthrales pour femmes, dont on se servait autrefois, sont trop courtes et ne présentent pas les courbures voulues ; elles sont, en plus, difficiles à nettoyer. SCHRÖDER a fait construire, pour sa clinique, une sonde de femme recourbée en S, simplement coupée en biseau à son extrémité vésicale (fig. 43) : cette sonde est suffisamment longue, facile à nettoyer, et elle permet à l'urine de s'écouler dès que son extrémité a dépassé le sphincter de la vessie. Le manuel opératoire est le suivant : avec les doigts d'une main, on écarte l'une de l'autre les petites lèvres ; de l'autre main on essuie la région du méat avec un linge propre ou avec un morceau d'ouate imbibé d'un liquide antiseptique. On introduit ensuite l'instrument, en tenant toujours les petites lèvres écartées pour éviter que le cathéter ne se charge à leur contact de substances septiques.

Dans bon nombre de maladies graves de la vessie, il est bon d'explorer directement la muqueuse vésicale à l'aide du doigt. On y parvient par deux procédés différents, que nous devons à SIMON (1).

Dilatation de l'urèthre. — La première consiste à dilater l'urèthre par l'introduction progressive des spéculums uré-



Fig. 43. — Sonde uréthrale pour femme, de SCHRÖDER.

thraux de SIMON (fig. 44), dont le plus mince a 7 millimètres et le plus épais 2 centimètres de diamètre. On peut tout aussi bien se servir des bougies proposées par HEGAR (fig. 40) pour la dilatation du canal cervical. Il est bon d'inciser au préalable sur différents points le bord du méat urinaire, pour éviter des déchirures, et de fixer ce bord en l'accrochant

(1) *Volkmann's Vortræge*, n° 88.

avec un instrument approprié. Les spéculums, bien graissés, sont alors introduits prudemment dans le canal et laissés à demeure pendant quelques instants. Il va de soi que ces manœuvres doivent être pratiquées avec tous les soins antiseptiques voulus, et avec prudence et lenteur pour permettre aux tissus de se distendre graduellement.

Si, comme cela peut arriver, de petites déchirures se produisent, on aura soin de les réunir par des sutures. Après l'introduction des plus gros spéculums, on peut, en retirant le mandrin central (fig. 44) examiner directement une grande partie de la paroi postérieure de la vessie ; cependant je crois,



Fig. 44. — Spéculum dilateur de l'urèthre, de SIMON.

avec HEGAR, que cette exploration directe par la vue ne fournit pas généralement de renseignements importants au point de vue du diagnostic. Après avoir retiré le tube du spéculum, il est facile d'introduire l'index, bien graissé au préalable, à travers le canal de l'urèthre et de pratiquer le toucher de la cavité vésicale. On peut même, au besoin, introduire, à côté du doigt, de petits instruments dans la vessie.

L'extensibilité du canal de l'urèthre varie beaucoup, et il est évident qu'il faut tenir grand compte de ces dispositions individuelles. Je suis d'avis, comme HEGAR, qu'il faut réserver

ver cette méthode d'investigation aux cas dans lesquels on a épuisé tous les autres moyens de diagnostic. WINCKEL, dont l'expérience en cette matière est très étendue, n'a pas observé de symptômes fâcheux à la suite de l'emploi de ce procédé (1).

Colpocystotomie. — La deuxième méthode d'exploration de la vessie consiste à inciser la vessie par la voie vaginale, *colpocystotomie*. SIMON pratique à un demi-centimètre au-devant du col une incision transversale longue de 3 centimètres, pénétrant jusque dans la vessie ; au besoin il pratique encore sur le milieu de l'incision première, une seconde incision, verticale, longue de 2 centimètres. On peut, à travers cette ouverture, attirer dans le vagin au moyen d'un crochet, la muqueuse vésicale, l'explorer et fermer ensuite la fistule par la suture.

La colpocystotomie est à peine plus dangereuse que la dilatation forcée de l'urèthre et elle fournit des renseignements bien plus précis. SCHRÆDER a pratiqué avec succès, à différentes reprises, l'opération de la *fistule artificielle* pour guérir des catarrhes invétérés de la vessie, compliqués de ténisme intolérable.

Traitement du catarrhe vésical. — La fréquence des *catarrhes vésicaux*, résultant du cathétérisme pratiqué après les opérations gynécologiques, m'engage à dire quelques mots du traitement local de cette affection. Ce traitement consiste avant tout à pratiquer des lavages répétés de la vessie avec des solutions légèrement désinfectantes ou astringentes. On se sert dans ce but soit d'une sonde à double courant, ou encore mieux de l'appareil à entonnoir de HEGAR. Cet appareil consiste en un entonnoir en verre muni d'un tube de

(1) WINCKEL, *Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase*, 1886.

caoutchouc, long d'un demi-mètre, auquel est adapté le cathéter. Il permet, d'après la hauteur à laquelle on tient l'entonnoir, de retirer l'urine ou le liquide contenu dans la vessie, d'y introduire de nouvelles quantités de liquide et de laver complètement cet organe.

Si le catarrhe est accompagné de décomposition ammoniacale des urines et de ténésme violent, il est indiqué d'assurer l'écoulement permanent de l'urine, de façon à mettre le muscle vésical au repos et à prévenir la stagnation de ce liquide. FRITSCH emploie dans ce but de simples drains en caoutchouc qu'il laisse en place pendant plusieurs jours. Ces drains ont l'inconvénient de glisser trop facilement. Nous nous servons des petits tubes en caoutchouc durci de SKENE (fig. 45) dont l'extrémité, renflée en olive, est percée d'un



Fig. 45. — Sonde de SKENE.

grand nombre de petites ouvertures ; ces tubes tiennent d'eux-mêmes dans la vessie, et l'urine s'écoule dans un réservoir en verre placé entre les jambes. On retire tous les jours le tube pour le nettoyer et le désinfecter.

Si la sensibilité de la vessie est *extrême*, on pourra recourir, comme l'ont fait EMMET, SCHRÖDER, BOZEMAN etc., à la colpocystotomie, pour assurer pendant quelque temps l'écoulement des urines par le vagin.

Opérations préliminaires pratiquées sur le rectum. — Il faut vider le rectum, et y pratiquer des injections de lavage, avant chaque opération. Dans ce but, on emploiera l'appareil de HEGAR de préférence à toutes les seringues, clysopompes etc. Il faut que la canule rectale soit terminée par un bout oli-

vaire, muni de grandes ouvertures : c'est la manière la plus sûre d'éviter les lésions de la muqueuse rectale.

Pour rendre la portion inférieure de cette muqueuse accessible à la vue, on peut fort bien, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin, la renverser à travers le sphincter de l'anus. C'est ce que fait la tête de l'enfant au moment de l'accouchement. Cette exploration est suffisante quand il s'agit de rendre accessibles à la vue et au traitement les fissures que l'on observe à l'entrée du rectum. Pour pratiquer cette manœuvre et pour cautériser ces fissures, qui sont très douloureuses, il faudra le plus souvent avoir recours au chloroforme.

CHAPITRE VI

DU FER ROUGE DANS LES OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Abstraction faite de l'ignipuncture dans le traitement de l'hyperplasie de la portion vaginale, on n'a plus recours aujourd'hui au fer rouge, en gynécologie, que pour détruire des néoplasmes saignants et putrides, dont l'ablation totale à l'aide de l'instrument tranchant est reconnue impossible. Par la cautérisation au fer rouge, on épargne à la malade les hémorrhagies et les longues suppurations; en outre, — et c'est ici surtout le cas pour les cancers du col de l'utérus — on remplace une plaie saignante, putride, par une cicatrice dure et résistante qui forme une véritable barrière à l'envahissement du néoplasme.

Pour que le traitement soit efficace, il faut qu'il existe encore une couche suffisamment épaisse de tissu cervical normal, en d'autres termes que l'envahissement du cancer ne soit pas trop étendu; quand cette condition fait défaut, on n'obtient pas les résultats désirés, et on risquerait d'ouvrir, soit immédiatement, soit après la chute de l'eschare, le péritoine, la vessie ou le rectum.

Avant d'appliquer le fer rouge, on enlève avec la curette, les ciseaux et le bistouri, les parties saillantes et ramollies du néoplasme; l'hémorrhagie qui résulte de cette opération préliminaire est arrêtée par l'application même du fer rouge; au besoin on peut, à la fin de l'opération, arrêter les points

qui saignent par des ligatures pratiquées dans la continuité des tissus.

Manuel opératoire. — On commence par découvrir les parties malades à l'aide d'un spéculum en bois ou en caoutchouc durci, substances qui conduisent mal la chaleur. Cependant les spéculums cylindriques ne permettent d'ordinaire pas de mettre à nu tout le champ opératoire. GUSSEROW recommande l'emploi du spéculum de MATHIEU (spéculum à double paroi dans lequel circule de l'eau glacée). A cet instrument je préfère les valves de SIMON ; mais j'ai soin d'interposer de l'ouate imbibée d'eau froide entre la muqueuse vaginale et les valves, car ceux-ci s'échauffent rapidement par rayonnement. Après avoir convenablement essuyé la plaie, on procède à l'application des fers rouges. Nous nous servons de fers à boules de différentes grosseurs, portés au rouge-cerise dans un fourneau de charbon. La chaleur développée par le thermo-cautère de PAQUELIN ne nous paraît pas suffisante.

On répète l'application des cautères sur la surface malade, jusqu'à produire une eschare profonde, noire, dure et unie. Le champ opératoire et les instruments doivent être à différentes reprises refroidis par des injections d'eau froide. Si l'écoulement sanguin n'est pas entièrement tari, on pourra ou bien pratiquer quelques sutures autour des vaisseaux qui donnent, ou bien tamponner énergiquement le fond du vagin avec de la gaze iodoformée. La malade doit garder un repos de plusieurs jours, et pratiquer, au moment de la chute de l'eschare, des irrigations vaginales désinfectantes. Pendant ce temps, elle restera sous le contrôle médical, attendu que des hémorrhagies secondaires peuvent survenir d'une façon inattendue.

Les résultats de cette opération palliative sont parfois des plus satisfaisants : les malades reprennent rapidement des

forces et peuvent jouir, pendant un temps relativement long, d'une excellente santé.

Dès que des granulations suspectes reparaissent, on répètera les cautérisations. Il est évidemment hors de notre pouvoir d'arrêter les progrès du mal vers la profondeur et de reculer indéfiniment l'issue funeste.

Les opérateurs anglais se servent — beaucoup plus souvent que les chirurgiens allemands — du fer rouge dans le cours de leurs laparotomies. Le fer rouge permet de sectionner, sans crainte d'hémorrhagie, les adhérences très vasculaires, et de couper, sans danger de septicémie, les trompes utérines enflammées et suspectes d'infection. Nous avons très fréquemment employé le fer rouge pour ouvrir la cavité utérine, dans l'amputation supra-vaginale du col utérin : nous nous servons dans ce but du thermo-cautère tranchant de PAQUELIN, en ayant soin de protéger le péritoine voisin par des éponges ou des linges mouillés.

CHAPITRE VII

DES PANSEMENTS ET DES BANDAGES EN GYNÉCOLOGIE

Ce n'est que pour un nombre relativement restreint d'opérations gynécologiques que nous sommes à même d'appliquer des pansements antiseptiques dans le sens chirurgical du mot, capables de s'imbiber des sécrétions des plaies et de protéger celles-ci contre le contact de l'atmosphère et des agents nocifs qu'il renferme. Le voisinage immédiat de l'urèthre et du rectum rend les pansements antiseptiques impossibles après les opérations sur le col, le vagin et les organes génitaux externes.

Quant aux pansements abdominaux, ils sont d'une application fort malaisée à cause des variations incessantes de la pression abdominale. Il faut donc que nos opérations soient conduites de façon à rendre tout pansement occlusif superflu et à permettre aux plaies de se réunir à ciel ouvert. Aussi, dans ce chapitre, sera-t-il question beaucoup moins de la description des pansements antiseptiques proprement dits, que de l'étude des précautions à prendre pour nous permettre de nous en passer autant que possible.

Opérations sur le vagin et les organes génitaux externes. — Les plaies du vagin et des organes génitaux externes ne peuvent évidemment être défendues d'une manière efficace, par des pansements occlusifs, contre le contact des germes d'infec-

tion et de putréfaction venant de l'extérieur. La conclusion à tirer de ce fait est que nous devons, non seulement réaliser toutes les conditions possibles d'asepsie prophylactique, mais disposer les plaies de façon à rendre facile l'écoulement des sécrétions, et à rendre impossibles leur décomposition et leur absorption dans l'économie. Pour cela, il faut en première ligne désinfecter le vagin et les organes génitaux au point de détruire non seulement les germes pathogènes, mais aussi les bactéries de la putréfaction qui se trouvent toujours fort abondamment répandues en ces régions. En second lieu, il est indispensable de pratiquer une hémostase aussi complète que possible, eu égard à la facilité avec laquelle le sang se décompose, et de réunir les plaies de manière à rendre impossible la stagnation du sang et des sécrétions. Ces considérations s'appliquent spécialement aux opérations plastiques du col, du vagin et du périnée.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible de réaliser ces desiderata. Et d'abord il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de désinfecter d'une manière absolue le col, le conduit vaginal et les organes génitaux externes. Il est plus malaisé encore, même quand les malades gardent le repos absolu, d'empêcher les germes de la putréfaction de pénétrer tout au moins dans la partie inférieure du vagin. Il n'y a pas grand mal à cela lorsque l'occlusion des plaies est parfaite, mais cette condition elle-même n'est pas toujours facile à remplir.

En résumé, alors même que l'asepsie primitive a été faite avec la dernière rigueur, il suffit de la présence de substances putrescibles dans le vagin, pour qu'il se développe des phénomènes de décomposition. Or ces substances existent par là même que, dans bon nombre d'opérations, l'occlusion parfaite des plaies est impraticable. Mentionnons entr'autres l'*énucléation de tumeurs* hors de l'utérus, du col et du tissu cellulaire du bassin, le *curage* de la muqueuse utérine,

toutes opérations dans lesquelles l'hémostase et la réunion par première intention sont impraticables. Il en est de même de la plupart des opérations pratiquées sur le col, où il est le plus souvent impossible d'obtenir un affrontement assez exact pour que la muqueuse soit partout adossée à la muqueuse.

Dans tous ces cas, l'asepsie primitive la plus rigoureuse ne saurait mettre obstacle à la décomposition des sécrétions et des liquides épanchés dans le vagin : le devoir du chirurgien consiste alors à empêcher la pénétration des germes dans le vagin jusqu'au moment où la plaie est couverte de bourgeons protecteurs, et à entraîner, ou tout au moins à *neutraliser* les liquides infectieux, une fois que la décomposition a eu lieu. L'occlusion complète du vagin n'est pas possible à cause du voisinage de l'urèthre et du rectum ; tout ce que nous pouvons faire pour empêcher la pénétration des germes infectieux est de placer de la gaze ou de l'ouate antiseptique à la partie inférieure du vagin. Malheureusement, ces tampons ne tardent pas à s'imbiber de sang et de sécrétions, et ils ne remplissent plus alors le but désiré. La plaie se trouve dès lors dans les conditions de toute plaie traitée à ciel ouvert, et l'intervention du chirurgien se limite à entraîner ou à neutraliser les sécrétions suspectes par l'emploi des irrigations désinfectantes.

L'introduction en thérapeutique gynécologique des pansements pulvérulents et plus particulièrement de l'*iodoforme* fut un progrès réel (1). Cette poudre forme un excellent enduit protecteur pour les plaies sur lesquelles il est impossible d'appliquer un pansement exclusif. Introduite en chirurgie par MOSETIG MOORHOF en 1880, elle jouit, plus que tout autre médicament, de la propriété précieuse de restreindre les sécrétions et de prévenir leur décomposition. Les gazes préparées à l'*iodoforme* présentent l'avantage inappréciable

(1) H. SCHMID. *Centralb. f. Gyn.*, 1882, n° 11.

de pouvoir séjourner pendant longtemps dans le vagin sans se décomposer. Les tampons de gaze iodoformée empêchent à la fois les germes infectieux de pénétrer dans le vagin, en même temps qu'ils absorbent et rendent inoffensives les sécrétions provenant des plaies. On peut fort bien les laisser en place jusqu'à ce que les vaisseaux soient thrombosés et que les plaies soient recouvertes de granulations protectrices (1). La gaze iodoformée rend en outre d'excellents services quand il s'agit de comprimer des surfaces saignantes dans le vagin, mais il faut alors ne laisser les tampons en place que pendant deux ou trois jours, attendu qu'à partir de ce moment la gaze est entièrement imbibée de sang et qu'elle perd ses propriétés antiseptiques.

Si les sécrétions sont par trop abondantes et si elles présentent des caractères manifestes de putridité, mieux vaut laisser le vagin largement ouvert, introduire un gros drain pour faciliter l'écoulement, et pratiquer des injections désinfectantes répétées.

Lorsque la plaie siège sur les organes génitaux externes, on procèdera de la façon suivante : on appliquera sur la plaie une couche épaisse de poudre d'iodoforme, pour la recouvrir ensuite d'une couche de gaze iodoformée. La figure 32 représente un appareil qui permet de projeter le médicament jusqu'au fond des cavités naturelles.

Opérations abdominales. — Nous avons expliqué plus haut pourquoi il est le plus souvent impossible de placer les plaies du vagin, du col et du périnée dans des conditions telles que l'application d'un pansement occlusif soit utile. Ces conditions sont au contraire parfaitement réalisables dans la plupart des opérations abdominales, et on s'attachera d'autant plus à les remplir, qu'après la suture de la plaie du ven-

(1) Voir à ce sujet la monographie de FRITSCH, *Volkmann's Vorträge*, n° 288,

tre, la cavité du péritoine est entièrement soustraite à nos moyens de désinfection. Il faut pour cela prendre les précautions les plus rigoureuses d'asepsie prophylactique, et empêcher la formation de substances putrescibles, par les moyens que nous décrirons à propos de chaque opération en particulier. Le *drainage* du péritoine devient alors inutile, sauf dans certains cas exceptionnels, où il est indispensable de faciliter l'écoulement de matières putrides ou de sécrétions suspectes.

Quelques opérateurs ont presque toujours recours au drainage; d'autres ne l'emploient presque jamais. Ceux qui traitent les plaies intra-abdominales avec le moins de soin (LAWSON TAIT) estiment que le drainage péritonéal est souvent nécessaire; ceux qui les traitent avec le plus de soin (HEGAR, SCHRÖDER) n'emploient qu'exceptionnellement le drainage. Dans certains cas où les lésions intra-péritonéales sont très étendues et où les soins les plus attentifs ne parviennent pas à mettre ces lésions dans les conditions voulues d'hémostase et d'asepsie, il peut paraître utile d'assurer l'écoulement des sécrétions vers l'extérieur. Ce drainage peut avoir lieu soit par l'intermédiaire de tubes en caoutchouc placés à la partie la plus profonde de la cavité abdominale et conduits de là vers le vagin bien désinfecté au préalable (SIMS, MARTIN); ou bien (1) il est pratiqué à l'aide de drains en verre, passant par l'angle inférieur de la plaie abdominale et à travers lesquels on recueille les sécrétions par l'intermédiaire de bandes étroites de gaze traversant ces drains dans toute leur longueur (HEGAR, LAWSON TAIT).

Dans les cas très rares où le drainage a été jugé indispensable à la clinique gynécologique de Berlin, SCHRÖDER a eu recours au drainage par le vagin, sans en tirer un profit bien apparent.

(1) WIEDOW, *Berl. klin. Wochenschr.* 1884, n° 39.

Le second point important dans le traitement consécutif aux opérations gynécologiques consiste à empêcher que les germes infectieux arrivent, de l'extérieur, en contact avec la plaie. Cette condition est beaucoup plus facile à réaliser après les *laparotomies* qu'après les opérations pratiquées sur le *vagin*. L'occlusion parfaite de la plaie abdominale par la suture constitue un obstacle presque infranchissable à la pénétration des bactéries dans le ventre. Avec les méthodes de traitement dont nous disposons aujourd'hui, l'infection secondaire de la cavité du péritoine, par l'intermédiaire de la plaie des parois abdominales, est devenue presque impossible. Je ne l'ai jamais observée dans notre clinique. Pour atteindre le but désiré, la condition nécessaire et suffisante est que toutes les couches de la plaie abdominale, depuis la peau jusqu'au péritoine, soient adossées exactement ; il nous a toujours suffi, pour obtenir cet affrontement, de placer à un centimètre de distance des sutures en fil de soie, embrassant les lèvres de la plaie dans toute leur épaisseur ; quelques sutures superficielles intermédiaires suffisent pour amener au contact les bords de la peau. Les nœuds doivent être serrés d'autant plus fort que les parois abdominales sont plus épaisses ; dans ces conditions, qui sont, comme on sait, particulièrement défavorables, nous n'avons pas toujours obtenu de réunion par première intention, mais l'occlusion abdominale n'en a pas moins été sauvegardée.

Après la suture de la plaie abdominale, il n'est pas nécessaire d'envelopper tout le ventre d'un de ces pansements compliqués et coûteux qu'on employait autrefois. Il y a quelques années, nous appliquions sur la plaie abdominale, d'abord une bande étroite de protectrice, puis un certain nombre de couches de gaze listérienne, avec interposition d'une feuille de makintosh. Depuis que nous avons appris à connaître les avantages des pansements pulvérulents, et après avoir observé que la bande de makintosh ne permettait pas à la plaie

de rester sèche, nous avons introduit dans notre pratique la modification suivante : nous recouvrons la plaie d'une mince couche d'iodoforme (1), puis nous appliquons quelques doubles de gaze iodoformée fixées par quelques bandelettes de sparadrap adhésif. Les résultats que nous avons obtenus avec ce pansement simple sont bien supérieurs à ceux que nous avions auparavant. Il s'accumule souvent sous le protective un liquide sanguinolent sale, d'odeur fade, qu'il n'est pas toujours possible d'enlever entièrement avant de retirer les fils ; des suppurations surviennent assez souvent dans le trajet des fils, et la plaie s'enflamme à l'angle inférieur incomplètement recouvert par la bande de protective.

Depuis que nous employons les pansements à l'iodoforme, nous n'avons plus rien observé de semblable ; le dixième jour, au moment où on retire les fils, on retrouve la plaie sèche et parfaitement réunie sur toute son étendue. J'attribue ces succès à la propriété que possède l'iodoforme de restreindre les sécrétions et de prévenir leur décomposition ; en outre, l'activité de la peau et des glandes qu'elle renferme, n'est pas entravée sous le pansement iodoformé comme elle l'est sous la toile imperméable de protective.

Je ne prétends pas cependant qu'un pansement aussi simple soit toujours suffisant. Dans les grandes cliniques chirurgicales, où les occasions d'infection sont plus nombreuses, il peut être nécessaire de recouvrir la plaie abdominale de pansements plus larges et plus compliqués. Ces pansements peuvent du reste être indispensables pour d'autres raisons : il peut être utile, par exemple, d'appliquer un pansement compressif, après une laparotomie. Tel est le cas, lorsqu'on vient d'extraire des tumeurs abdominales volumineuses, ou quand il persiste à l'intérieur de la cavité du péritoine des surfaces saignantes étendues, ou quand il paraît nécessaire

(1) Je me sers aujourd'hui d'un mélange à parties égales d'iodoforme, d'acide salicylique et d'oxyde de zinc.

de prévenir ou tout au moins de diminuer les commotions violentes résultant d'efforts de vomissements opiniâtres. On peut appliquer alors sur la gaze iodoformée une couche épaisse d'ouate antiseptique, ou des rouleaux de jute phéniqué que l'on fixe par des tours de bandes. Comme il est assez malaisé d'appliquer et de renouveler ce pansement, nous avons donné pendant plusieurs années la préférence au bandage abdominal suivant : une ceinture de toile épaisse et résistante, plus étroite au niveau de l'ombilic, plus large au niveau des hanches, est placée autour de l'abdomen ; les

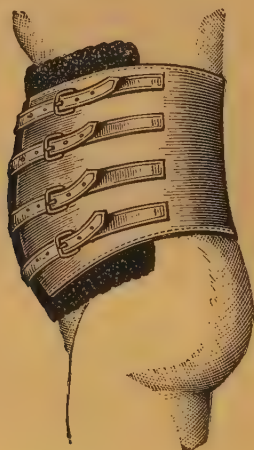


Fig. 46. — Bandage abdominal de Hofmeister.

lacets dont elle est garnie à sa partie antérieure, permettent de la serrer et de la desserrer à volonté.

Depuis deux ans nous nous servons d'un bandage encore plus simple, analogue à celui qu'on met aux accouchées en Angleterre, et dans lequel les lacets sont remplacés par de larges courroies qui s'attachent à des boucles : l'application de cette ceinture est des plus aisées, et les courroies permettent de donner le degré voulu de compression, ou de relâchement (fig. 46). On peut aussi employer, comme bandage,

une large bande de toile dont les extrémités sont passées sous



Fig. 47. — Ceinture de TEUFFEL

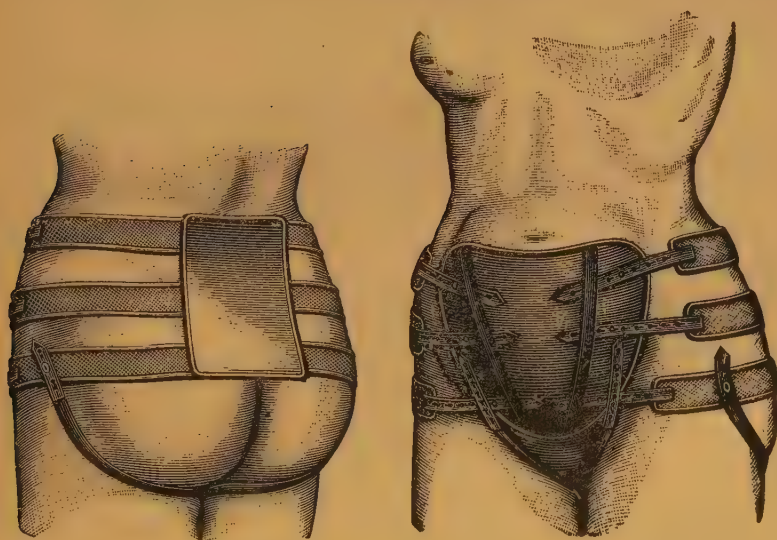


Fig. 48 et 49. — Bandages de BEELY et MARTIN.

la région des reins, ramenées en avant et fixées par de grosses épingles de sûreté.

Toutes ces ceintures ne tiennent plus, dès que la malade se lève. Il faut alors recourir à des appareils difficiles à bien construire, tant à cause des formes irrégulières de la région à recouvrir, qu'à raison des changements incessants du volume de la cavité abdominale. Pour empêcher ces bandages de remonter au-dessus des hanches, il faut les fixer en bas, soit par des sous-cuisses, soit en leur donnant la forme de pantalons de bains (J. VEIT). La ceinture représentée (fig. 47), construite par TEUFFEL de Stuttgart, m'a paru, comme à HEGAR, la plus commode et la mieux appropriée au but poursuivi.

BEELY (1) a préconisé récemment un bandage abdominal, (fig. 48 et 49), formé par deux plaques de cuir qui se correspondent et qui sont réunies de chaque côté par trois courroies attachées par des boucles. MARTIN recommande l'emploi de ce bandage. Je m'en suis servi également plusieurs fois et je m'en suis très bien trouvé. C'est un bandage simple, solide, et qui ne coûte pas cher.

(1) BEELY. *Deutsche med. Wochenschr*, 1886, n° 46.

B. — DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE VIII

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

§ 1. — Opérations sur l'urèthre.

Les opérations sur le méat urinaire sont assez rares ; on ne trouve pas souvent dans cette région des anomalies de développement, des lésions acquises et des néoplasmes qui réclament par eux-mêmes une intervention chirurgicale.

Hypospadias. Epispadias. — Si nous faisons abstraction des cas très rares où l'*urèthre fait totalement défaut*, tandis que l'ouraque s'ouvre ou ne s'ouvre pas à la région de l'ombilic (1), il ne reste, en fait d'erreurs de développement, que les anomalies par arrêt de croissance qui correspondent à l'*hypospadias* et à l'*épispadias* chez l'homme.

Dans l'hypospadias, la paroi inférieure de l'urèthre fait défaut en totalité ou en partie. Cette lésion, qui a été parfois observée à la suite d'accouchements fort laborieux, n'est si-

(1) WINCKEL. *Die Krankheiten der weibl. Harnröhre und Blase*, Stuttgart, 1886.

gnalée, en tant qu'anomalie congénitale, que trois ou quatre fois dans la littérature. Un des cas les plus remarquables a été observé à la clinique de SLAVIANSKY, et décrit par LEBEDEF (1) (fig. 50). Cet article donne également des renseignements détaillés sur tous les autres cas publiés dans la littérature médicale. Comme la division ne s'étend d'ordinaire

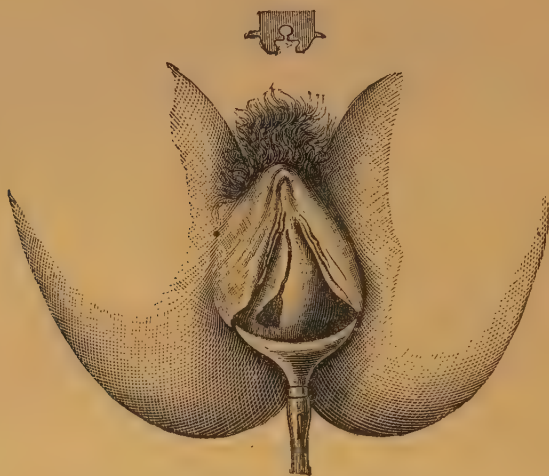


Fig. 50. — Hypospadias. Cas de LEBEDEF.

pas au sphincter de la vessie, les urines peuvent être retenues et les femmes atteintes de cette infirmité ne réclament pas toujours l'opération. Dans l'observation publiée par LEBEDEF, l'incontinence d'urine ne survint qu'après cinq années de mariage, probablement à la suite de la pénétration de la verge dans la vessie. La rareté de l'affection qui nous occupe s'explique probablement par l'absence de tout désordre fonctionnel. La méthode opératoire varie évidemment d'après les lésions observées. Si, comme dans le cas observé par LEBEDEF,

(1) GUSSEROW, *Berl. klin. Woch.* 1879, n° 2. J'ai observé depuis deux cas analogues à la clinique de SCHROEDER à Berlin.

la partie antérieure de l'urèthre existe encore, on pourra se borner à aviver les bords de la fente et à les réunir par la suture. Pour amener la continence des urines après l'opération, LEBEDEFF a dû recourir encore pendant longtemps à l'électricité.

Les cas d'*épispadias* ne sont pas aussi rares : la paroi antérieure de l'urèthre ou de la vessie manque alors sur une plus ou moins grande étendue. Parfois la fente intéresse toute la



Fig. 51 a. — Épispadias.

paroi abdominale intérieure et met la vessie entièrement à nu (1) ; d'autres fois la division n'intéresse que les grandes et les petites lèvres et le clitoris (fig. 51 a). J'ai observé trois cas semblables à la clinique de SCHRÖDER (2).

Les cas de hernie de la vessie par la paroi abdominale antérieure réclament le même traitement opératoire que chez l'homme. Si la fente intéresse seulement les parties antérieures de la vulve, on pourra, comme je l'ai vu faire par SCHRÖDER

(1) LEBEDEFF, *Arch. f. Gynæk.* Bd, 16.

(2) MÖRICHKE, FROMMEL, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V et VII.

DER, aviver de part et d'autre la grande et la petite lèvre et le clitoris, et réunir de droite à gauche par la suture les bords de la plaie : la paroi antérieure de l'urèthre est ainsi reconstituée. Parmi les trois cas que j'ai observés, deux se présentaient chez des femmes adultes, l'autre chez un enfant. Il y avait incontinence d'urine dans les trois cas ; à leur départ, les malades pouvaient retenir leurs urines pendant plusieurs heures. La fig. 51 *b* représente un de ces trois cas, après opération, d'après FROMMEL.

Les anomalies acquises s'observent beaucoup plus fréquemment que les anomalies congénitales.

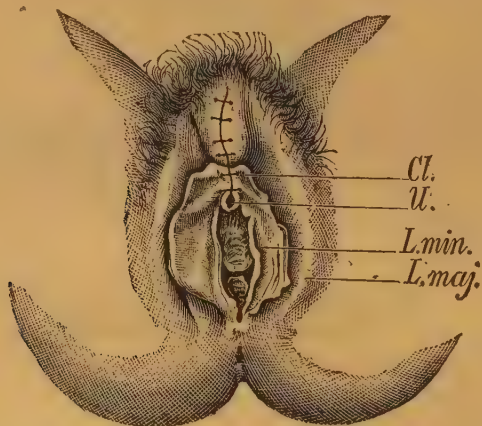


Fig. 51 *b*. — Epispadias après l'opération.

Polypes de la muqueuse uréthrale. — On observe parfois à la partie inférieure de l'urèthre de petites excroissances polypôides, très douloureuses, saignant au moindre contact ; dans des cas plus rares, la muqueuse uréthrale est *prolabée* sur tout son pourtour, sur une plus ou moins grande hauteur, à travers le méat urinaire. Cette dernière lésion s'observe le plus souvent, sans cause bien appréciable, chez des femmes

jeunes, faibles de constitution. Pour ma part, je l'ai rencontrée chez un enfant de neuf ans et une autre fois chez un enfant plus jeune encore : la muqueuse uréthrale, rouge et saignante, était prolabée sous la forme d'une tumeur du volume d'une noisette, au sommet de laquelle se trouvait l'ouverture externe de l'urèthre.

L'ablation des excroissances polypoides de l'urèthre est des plus faciles : il suffit de les attirer en bas, de serrer le pédicule dans un fil de soie et de laisser ces petites tumeurs tomber d'elles-mêmes. On peut au besoin cautériser leur surface d'insertion au nitrate d'argent.

En opérant le *prolapsus annulaire* de la muqueuse uréthrale, il faut veiller à ne pas enlever une trop grande étendue de muqueuse, afin d'éviter les rétrécissements du canal. Dans un cas opéré par SCHRÆDER et moi, nous avons procédé de la façon suivante : après avoir introduit un cathéter dans le canal, nous avons repoussé la partie supérieure de la muqueuse vers l'intérieur de l'urèthre et nous avons pratiqué l'excision circulaire de la portion de la muqueuse qui restait à l'extérieur, puis nous avons réuni la muqueuse uréthrale à la muqueuse extérieure par de fines sutures ; plus tard, nous avons cautérisé les surfaces de section avec une solution de nitrate d'argent. On fera bien, avant même de pratiquer l'excision, de saisir et de fixer par des fils la partie supérieure de la muqueuse uréthrale ; car, dès que l'excision est faite, la muqueuse se retire vers l'intérieur du canal, où il peut être difficile de la saisir.

Rétrécissements de l'urèthre. — Les rétrécissements, syphilitiques ou autres, de l'urèthre chez la femme, réclament rarement l'intervention opératoire ; la dilatation graduelle à l'aide de bougies suffit à produire une guérison, qui, malheureusement, n'est le plus souvent que temporaire. Ce que nous venons de dire s'applique également aux lésions qui succèdent

aux ulcérations syphilitiques chroniques du méat urinaire (1) et qui se compliquent parfois de décollements étendus du bulbe urétral et de rétrécissements très accentués de la lumière du canal.

Dilatations de l'urèthre. — Les dilatations de l'urèthre, quelle qu'en soit la cause, nécessitent bien plus souvent une intervention opératoire. Il est à remarquer que cette dilatation peut aller très loin sans entraver le jeu du sphincter de la vessie. Il existe dans la littérature un grand nombre de cas (2), et j'en ai pour ma part observé plusieurs, où le coït, en l'absence du vagin, a pu être pratiqué pendant des années dans l'urèthre dilaté, sans provoquer l'incontinence d'urine. On peut se demander si dans ces conditions la dilatation de l'urèthre n'est pas congénitale, attendu qu'en interrogeant les malades, on n'obtient aucun renseignement qui permette d'affirmer que l'urèthre a été distendu avec violence pendant les rapports sexuels.

SCHRÖDER fait observer qu'une des causes les plus fréquentes de *vaginisme* est qu'à la suite du défaut d'harmonie entre le volume du pénis et l'entrée du vagin, le pénis est poussé au moment du coït contre l'ouverture de l'urèthre, et que les tiraillements douloureux qui en résultent provoquent les phénomènes connus sous le nom de vaginisme. Dans ces circonstances, et alors même que la dilatation de l'urèthre n'était pas très marquée, SCHRÖDER (3) avait volontiers recours à l'opération que nous décrivons.

Dans les cas où la dilatation de l'urèthre est peu marquée, on peut se borner à exciser de la paroi vaginale antérieure, au point où elle correspond à l'urèthre, un lambeau ovalaire :

(1) Voir SCHRÖDER, *Charité-Annalen*, IV, p. 347.

(2) Voir WINCKEL, *loc. cit.*

(3) SCHRÖDER, *Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane*, VII, Aufl., 1886, p. 525.

le rapprochement des bords de la plaie suffit à produire un certain rétrécissement de l'urèthre. Lorsque la dilatation est plus prononcée, WINCKEL excise hors du septum uréthro-vaginal un lambeau en forme de coin, dont la base est dirigée vers le vagin et dont le sommet pénètre dans le canal uréthral ; il pratique la suture des bords de la plaie sur le cathéter introduit dans la vessie. Les résultats de cette opération ont été satisfaisants.

Dans les cas où le vaginisme résulte des conditions pathologiques mentionnées précédemment, et aussi pour obtenir la continence des urines par allongement et par déplacement

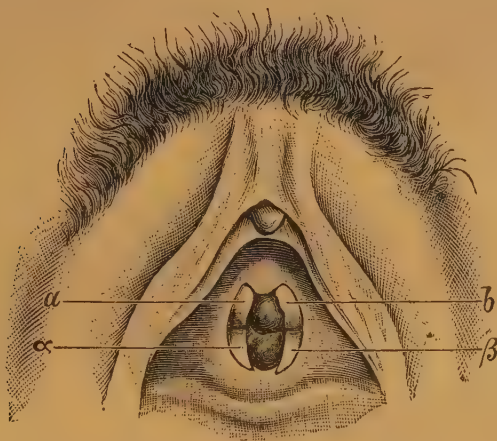


Fig. 52. — Opération de SCHRÆDER, contre la dilatation de l'urèthre.

du canal de l'urèthre, SCHRÆDER sépare la paroi antérieure de la paroi postérieure de ce conduit par des incisions latérales. Il allonge alors les deux surfaces d'avivement qui occupent la paroi antérieure, puis il abaisse et attire le lambeau postérieur qu'il réunit par des sutures, à un centimètre plus haut, au lambeau antérieur (1). De cette manière le canal de

(1) Voir MÆRICKY, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, p. 324.

l'urèthre est allongé et il se rapproche davantage de l'arc pubien ; le méat urinaire est rétréci (fig. 52).

Pour atteindre au même but, PAWLIK (1) a imaginé une opération un peu différente. Il enlève latéralement des fragments de tissu cunéiformes, pour tendre davantage l'urèthre en avant et sur les côtés (fig. 53). SCHRÆDER et PAWLIK sont partis de cette idée que pour guérir l'incontinence d'urine, il est moins important de restituer au sphincter de la vessie son fonctionnement normal, que de produire une coaptation aussi intime que possible des parois de l'urèthre. L'un et l'autre ont obtenu des résultats fort satisfaisants.



Fig. 53 a et 53 b. — Opération de PAWLIK.

Tumeurs de l'urèthre. — Parmi les tumeurs de l'urèthre qui peuvent nécessiter une intervention opératoire, les plus importantes sont les petites productions vasculaires, connues sous le nom de polypes de l'urèthre, et auxquelles WINCKEL a donné (2) le nom d'angiomes papillaires polypoïdes. Quand ils siègent sur le bord antérieur du méat, on peut ou bien les serrer à leur base dans une anse de fil, ou bien les exciser et cautériser ensuite leur surface d'implantation avec le nitrate d'argent, ou avec un fil métallique rougi. S'ils siègent plus profondément, on commence par inciser de part et d'autre le méat urinaire, puis on enlève la petite tumeur et on referme les deux petites plaies latérales par la suture.

(1) PAWLIK, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Bd. V, p. 324.

(2) WINCKEL, *loc. cit.*

Les tumeurs *maligues*, développées primitivement au méat de l'urèthre, sont très rares. On n'a décrit qu'un seul cas de sarcome, et très peu de cas de carcinome. J'ai observé sept ou huit cas de carcinome primitif du méat urinaire : je les ai enlevés en pratiquant de chaque côté de l'ouverture uréthrale une incision semi-lunaire ou semi-circulaire, en détachant alors l'urèthre du tissu conjonctif ambiant et en coupant ce canal aussi haut que possible ; je terminai l'opération en réunissant les bords de l'urèthre incisé avec la muqueuse extérieure. La récurrence a suivi de près toutes ces opérations.

§ 2. — Opérations sur la vulve.

A. — ABLATION D'UNE PARTIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES.

Clitoridectomie. — L'extirpation du clitoris est pour ainsi dire exclusivement indiquée par l'éléphantiasis et le cancer de cet organe. Nous ne savons pas encore ce qu'on peut attendre de la clitoridectomie dans le traitement de la masturbation et de la nymphomanie. KALTENBACH (1) considère cette opération comme parfaitement justifiée dans certains cas, bien que les résultats qu'il en a obtenus soient peu favorables. Quand le clitoris n'est pas hypertrophié, KALTENBACH conseille de l'attirer en avant avec une pince à griffes et de l'exciser, ainsi que la partie voisine des petites lèvres, à l'aide de quelques coups de ciseaux allant profondément. L'hémorrhagie est peu abondante et on obtient une hémostase parfaite en faisant la suture.

Ablation de l'hymen. — Cette opération est indiquée principalement dans les cas où cette membrane est épaisse et résistante au point de rendre le coït impossible ou tout au moins fort douloureux, et dans d'autres où l'hymen ou une de ses parties est le siège d'une sensibilité excessive. L'opération est donc particulièrement indiquée dans le cas de *vaginisme*, mais alors il faut bien souvent faire suivre l'ablation de l'hymen d'autres manœuvres thérapeutiques, telles que la dilatation forcée de l'entrée du vagin etc. En effet, SIMS a prouvé, dans son *Traité sur la chirurgie utérine*, que la rigidité et

(1) *Gynécologie Opératoire*, p. 637.

l'hyperesthésie du vagin peuvent donner lieu au vaginisme le plus intense, et il nous a appris à connaître les moyens opératoires à opposer à cette affection. L'hyperesthésie du vagin résulte souvent, mais pas toujours, de processus inflammatoires chroniques de la vulve et du vagin, ou est la suite de catarrhes infectieux ou de tentatives infructueuses de cohabitation. Ces perversions de sensibilité peuvent aussi se développer chez des personnes qui ont eu des enfants : elles sont alors d'origine purement nerveuse.

J'ai observé pendant des années un cas de vaginisme nerveux, qui devenait plus intense à chaque grossesse, et qui donnait lieu, au moment de l'accouchement, à des contractures réflexes de la musculature pelvienne tellement violentes, qu'il fallut recourir à la perforation de la tête de l'enfant. Malgré les difficultés exceptionnelles du coït, cette femme devint enceinte cinq fois, et chaque fois la parturition présentait des difficultés inaccoutumées à cause des spasmes réflexes de la musculature des cuisses et du petit bassin.

Si l'exploration des parties démontre que l'hymen est le point de départ de quelque trouble pathologique, l'excision de cette membrane est indiquée.

Pour pratiquer cette petite opération, on saisit l'hymen à l'aide d'une pince, et après l'avoir attiré en bas, on le transperce à sa base avec un bistouri pointu et on l'excise sur toute sa circonférence. Il est bon de réunir les bords de la plaie à l'aide de fines sutures, pour obtenir une cicatrice très peu étendue. Il peut être utile aussi de pratiquer simultanément la dilatation forcée des parties molles de l'entrée du vagin et même la section sous-cutanée des fibres profondes de l'hymen et du constricteur de la vulve. S'il existe de l'inflammation catarrhale (infectieuse ou autre) de la muqueuse de la vulve ou du vagin, on tâchera de la guérir au préalable à l'aide de solutions concentrées de nitrate d'argent. Pour suturer les bords de la plaie de l'hymen, on peut fort avan-

tageusement substituer le catgut à la soie et recouvrir la ligne de réunion avec de l'iodoforme et de la gaze iodoformée.

L'ablation des petites lèvres, ou pour mieux dire de certaines parties isolées des organes génitaux externes, n'est indiquée que dans certains cas rares de prurit opiniâtre — abstraction faite évidemment de l'éléphantiasis des petites lèvres. SCHRÖDER (1) a maintes fois excisé des lambeaux plus ou moins étendus de la peau des organes génitaux externes, parce qu'elle présentait des altérations pathologiques occasionnant des démangeaisons intolérables. Parfois le succès était complet ; d'autres fois la guérison n'était que relative. KUESTER (2) a publié des faits analogues.

La technique opératoire est des plus simples : on pratique une incision tout autour de la partie malade, qui est ensuite enlevée par dissection ; puis on ferme la plaie par des sutures de catgut.

B. — OPÉRATIONS POUR ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT.

L'*atrésie de la vulve* et l'*atrésie de l'hymen* ne sont très probablement que des anomalies acquises, peut-être pendant la vie intra-utérine. Cependant nous les décrirons en même temps que l'*atrésie vaginale de l'an*us, qui est due à un véritable arrêt de développement, parce que toutes ces malformations sont le plus souvent congénitales.

Rarement l'occlusion de la vulve se développe longtemps après la naissance, à la suite de gangrène (3). Le plus souvent l'*atrésie de la vulve* ne s'observe que chez les enfants. A la suite de certaines influences pathologiques, qui consis-

(1) Voir le compte rendu des séances de la Soc. obstétr. de Berlin. *Zeischr. f. Geb. und. Gyn.*, Bd. 11, p. 336.

(2) KUESTER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1885, n° 11.

(3) Voir ZWEIFEL, *Die Krankh. der äusseren weibl. Genitalien und die Dammrisse*, Stuttgart, 1885, p. 8.

teraient, d'après ZWEIFEL, dans un défaut de cornification des couches épidermiques superficielles, les faces internes des grandes et des petites lèvres s'agglutinent et se soudent, parfois d'une manière si complète et si étendue que l'émission de l'urine s'en trouve gênée. Dans ce cas, la mère inquiète consulte le médecin pour chercher remède aux troubles de la miction observés chez son enfant ; plus rarement elle a remarqué d'une façon tout à fait accidentelle l'occlusion complète de l'ouverture vulvaire.

Le manuel opératoire est simple. Si l'adhérence est peu solide, il suffit d'écarter un peu vivement les grandes lèvres l'une de l'autre pour la rompre ; si l'adhésion est plus intime, on peut la détruire en se servant d'une sonde canelée, et au besoin même du bistouri. Dans ce dernier cas on empêche les surfaces saignantes de se souder de nouveau, en réunissant de part et d'autre les bords de la plaie par quelques sutures ; — pansement à la poudre d'iodoforme.

Atrésie de l'hymen. — Bien plus importante est l'atrésie de l'hymen qui consiste en ce que le vagin est fermé à l'endroit où il s'ouvre dans le vestibule. Sans vouloir résoudre la question de savoir si cette anomalie est due à un processus embryologique ou si elle est acquise pendant la vie intra-utérine, on peut faire observer que la membrane obturante est généralement très épaisse, dure, fibreuse, plus résistante en tous cas que l'hymen normal. C. RUGE a maintes fois trouvé à la surface interne de cette membrane un épithélium cylindrique et des cryptes glandulaires.

L'atrésie de l'hymen entraîne la rétention du sang menstruel. Cette rétention se produit au moment de la puberté. Le sang s'accumule dans le canal génital, au-dessus du point oblitéré, et provoque successivement l'*hémato-colpité*, l'*hématomètre* et l'*hémato-salpingite* : le sang distend d'abord le vagin, puis le col, plus rarement la cavité utérine ; à la longue,

des accumulations de sang se produisent dans les trompes, soit par stase ascendante du liquide menstruel, soit par hémorrhagie supplémentaire de la muqueuse tubaire. L'aménorrhée est évidemment complète. En outre, les malades accusent des douleurs, parfois très vives, d'abord pendant la période menstruelle; plus tard les souffrances sont continues. Ces douleurs peuvent tarder longtemps à apparaître et ce fait est surprenant : la tumeur sanguine s'élève parfois

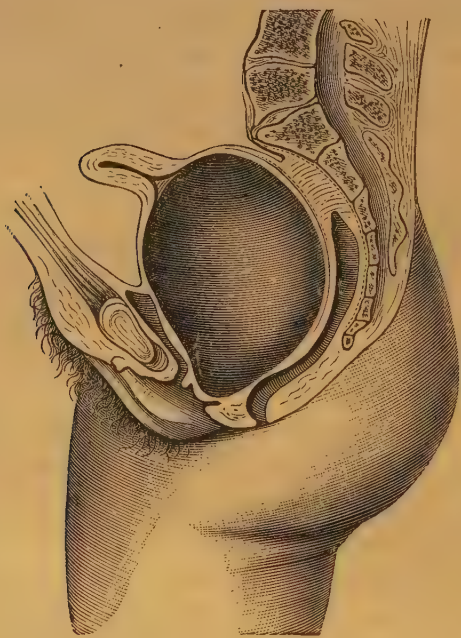


Fig. 54. — Hématocolpité.

déjà jusqu'à l'ombilic, au moment où les malades vont consulter le médecin (1). Ces variations dans l'apparition des

(1) Chez une de mes malades, une ouvrière de 21 ans, atteinte d'atrésie hyménale, la poche sanguine s'élevait jusque dans l'épigastre. A l'incision de la membrane, il s'écoula quatre litres et demi d'un liquide noir, sirupeux, comme du goudron. Le méat urinaire était dilaté au point d'admettre la première phalange de l'index. (N. d. Tr.)

symptômes douloureux s'expliquent par les différences de sensibilité des malades et par le plus ou moins d'abondance de l'épanchement de sang à chaque menstruation.

Si le liquide en rétention est abondant et la membrane obturante peu épaisse, on voit une tumeur bleuâtre faire hernie entre les grandes lèvres. A l'exploration bi-manuelle, pratiquée par le rectum et par l'abdomen, on trouve dans le petit bassin une tumeur plus ou moins volumineuse, tendue, fluctuante.

Le but de l'intervention opératoire est double : il consiste à *donner issue au liquide menstruel* et à *assurer la perméabilité de l'orifice de sortie*.

L'incision de l'hymen pour permettre au sang menstruel de s'écouler, est une opération très facile, mais qui peut exposer la femme aux plus grands dangers. La distension énorme des trompes détermine presque constamment la formation d'adhérences inflammatoires avec les organes voisins. Lorsque le liquide menstruel s'est écoulé, la pression intra-abdominale subit une diminution notable, les parois amincies des sacs formés par les oviductes se rompent et une péritonite mortelle est la conséquence de cette rupture.

On peut se demander comment il se fait que l'épanchement de sang dans le péritoine donne lieu à la péritonite, puisqu'il est de fait que du sang pur est généralement résorbé par cette séreuse sans que des phénomènes inflammatoires s'en suivent. Mais il est à remarquer que le sang, qui est retenu depuis longtemps à l'intérieur du corps, se décompose avec une facilité extrême au contact de l'air extérieur, et c'est probablement pour ce motif, comme l'a fait observer BREISKY, que la rupture des sacs formés par les trompes distendues donne lieu à la péritonite septique. Nous ne sommes malheureusement pas en état de conjurer ce péril, d'une manière certaine. Le point capital, à mon avis, est de prévenir toute variation brusque de pression, d'une part en évitant toute

augmentation de la tension intra-abdominale et d'autre part en empêchant le liquide menstruel de s'écouler d'une manière trop rapide. Il faut donc éviter avec la plus grande attention d'exercer des pressions directes ou indirectes sur l'abdomen, après l'opération. On s'abstiendra aussi de recourir au chloroforme pour ne pas avoir à craindre les efforts de vomissement.

J'ai eu recours deux fois avec succès au procédé opératoire suivant : dans une première séance, je pratique dans la membrane obturante, rendue insensible par l'application d'une solution concentrée de cocaïne, une petite incision pour permettre au liquide de s'écouler lentement à l'extérieur. Huit jours environ après cette première opération, je sou mets la malade au chloroforme pour pratiquer l'excision de la membrane et réunir la muqueuse vaginale à la muqueuse extérieure par la suture continue au catgut.

Si on emploie des précautions antiseptiques rigoureuses, et si on pratique des irrigations vaginales désinfectantes, les dangers de décomposition du liquide ne sont pas bien redoutables.

Si la tumeur sanguine est peu volumineuse, on peut pratiquer d'emblée, à l'aide du chloroforme, l'excision ou l'incision cruciale de l'hymen atrésié.

Atrésie de l'an us. — L'*atrésie vaginale de l'an us*, dont nous avons maintenant à parler, est un vice de conformation, consistant en ce que le rectum et le vagin s'abouchent l'un dans l'autre, sans être séparés par un périnée. Cette anomalie n'est qu'un arrêt de développement embryonnaire, et elle est plus ou moins prononcée d'après la profondeur du sinus uro-génital. On se fait généralement une notion inexacte du cloaque qui persiste alors à la naissance : on prend le sinus uro-génital pour la partie inférieure du vagin et on parle par conséquent de l'ouverture du rectum dans le vagin.

On observe parfois chez les nouveau-nés une *atrésie complète de l'anus* : le rectum se termine alors en cul-de-sac, en un point plus ou moins rapproché de la surface extérieure du corps.

Dans le cas d'*atrésie vaginale de l'anus*, les troubles de la défécation sont parfois très marqués, d'autres fois à peine sensibles, selon que l'ouverture de communication est large ou étroite et pourvue ou non d'un sphincter. Le plus souvent, il y a incontinence des matières fécales, et l'entrée du vagin est continuellement souillée. Si l'*atrésie de l'anus* est totale, il y a indication vitale à opérer dès le premier jour de la naissance.

Dans l'*atrésie vaginale de l'anus*, on peut, d'après ESMARCH et DIEFFENBACH, opérer de deux façons différentes : 1° On



Fig. 55. — Opération d'atrésie vaginale de l'anus (Schéma).

incise la peau de la région de l'anus, et tandis qu'avec le doigt on pousse par le vagin l'extrémité inférieure du rectum vers la peau, on incise la muqueuse rectale pour la suturer ensuite avec la peau extérieure. Dans une seconde séance, on ferme la fistule recto-vaginale par l'avivement et la suture. 2° Le second procédé consiste à donner d'emblée à l'extrémité inférieure du rectum sa situation et sa direction normales : pour cela, on pratique une incision à la peau de la région anale et on pénètre, à l'aide d'instruments mousses, jusque contre le rectum ; on décolle ensuite de toutes parts la muqueuse rectale et on la détache de la muqueuse vagi-

nale ; puis on l'attire jusque dans l'incision pratiquée à la peau, où on la fixe par quelques points de suture. Cette méthode a l'avantage de permettre de conserver les fibres circulaires du sphincter, si toutefois il en existe. J'ai vu SCHRÖDER pratiquer avec succès la périnéoplastie, d'après la méthode de SIMON-HEGAR, chez une jeune fille de dix à douze ans, dont le vagin et le rectum présentaient une large ouverture de communication. Une opération à peu près analogue fut exécutée par SCHRÖDER chez une femme adulte, dont l'ouverture de l'anüs était normale, mais qui présentait un canal, tapissé de muqueuse rectale, et s'ouvrant dans la fosse naviculaire (1).

Une seule opération semblable a été décrite par ZWEIFEL, dans sa monographie sur les affections des organes génitaux externes de la femme. (Stuttgart, 1885). Dans le cas mentionné par ZWEIFEL, on commença par diviser à l'aide du bistouri les tissus compris entre les deux ouvertures, puis on aviva la muqueuse de l'ouverture vaginale et on finit par réunir la plaie sur toute son étendue à l'aide de sutures, tout comme dans l'opération de la déchirure du périnée. La guérison fut complète.

Dans le cas d'atrésie complète de l'anüs chez les nouveau-nés, on divise la peau au niveau de l'anüs atrésié, et après avoir ouvert le cul-de-sac formé par le rectum, on réunit les bords de la muqueuse rectale à la plaie extérieure. Cette opération ne donne de bons résultats que lorsque l'extrémité inférieure du rectum se trouve très rapprochée des téguments.

C. — EXTIRPATION DES NÉOPLASMES DE LA VULVE.

Certaines tumeurs de la vulve sont fort rares ; cependant, comme le démontrent les recherches publiées par ZWEIFEL

(1) Voir REICHEL, Zur Bildung des Dammes. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIV.

dans sa monographie, toutes les tumeurs peuvent de temps à autre se développer en cette région. Très peu de gynécologues ont eu l'occasion de les observer toutes. Il me paraît donc tout à fait inutile de décrire le procédé opératoire à suivre dans chaque cas particulier; il suffit de faire connaître les principes généraux qui devront guider le chirurgien dans ce genre d'opérations. Partant de cette idée, KALTENBACH range les tumeurs de la vulve en trois groupes :

1° *Tumeurs circonscrites* qui, nées dans les organes génitaux externes, sont recouvertes par la peau normale. Ce sont des tumeurs dont l'énucléation est aisée;

2° *Néoplasmes étalés et développés dans la peau vulvaire*;

3° *Tumeurs pédiculées*.

Dans un quatrième groupe peuvent être rangées les *tumeurs renfermant du liquide*.

Chaque variété de tumeurs ne rentre pas nécessairement dans un groupe déterminé. C'est ainsi que les fibromes, les lipomes, les sarcomes et les tumeurs éléphantiasiques sont tantôt développés à l'intérieur des tissus, et que d'autres fois ils ne sont rattachés à la peau que par un pédicule plus ou moins épais. Les carcinomes et les tumeurs papillaires condylomateuses sont le plus souvent étalés sur la peau vulvaire, mais il arrive aussi qu'ils se rapprochent davantage des tumeurs pédiculées. Le procédé opératoire doit par conséquent s'adresser plutôt à la forme extérieure qu'à la nature des néoplasmes. Il est inutile d'ajouter que les tumeurs de mauvaise nature doivent être extirpées d'une manière plus large et plus complète que les néoformations bénignes.

Tumeurs circonscrites. — L'énucléation est applicable aux tumeurs du premier groupe. On pratique une large incision dans la peau qui recouvre la tumeur, on la libère du tissu ambiant à l'aide d'instruments mousses, on l'attire avec une forte pince à égrignes et on complète le décollement en ayant,

au besoin, recours aux ciseaux. Si la tumeur est fort volumineuse et s'il y a de la peau en excès, il est facile d'en exciser les lambeaux superflus. S'il y a des vaisseaux qui donnent du sang en un point quelconque de la poche formée par l'ablation de la tumeur, on les saisit dans des pinces ou bien on les lie immédiatement.

Si cette cavité n'est pas trop étendue et s'il est facile d'en rapprocher les parois, on pratiquera la suture en passant les fils au-dessous de toute la plaie. Comme il faut serrer ces fils avec beaucoup de force pour adosser les surfaces de la plaie, j'aime mieux recourir aux sutures perdues au catgut pour combler le fond de la poche. La suture terminée, on saupoudre la plaie d'iodoforme ou bien on la recouvre d'une couche de gaze iodoformée. Si les parois de la plaie sont très écartées l'une de l'autre, on les rapprochera autant que possible à l'aide de sutures perdues, et on introduira dans la cavité ainsi formée soit un drain, soit une bande de gaze iodoformée.

S'il est impossible ou dangereux de fermer la plaie, on la remplira de gaze iodoformée, laissée à demeure le plus longtemps possible. Les fibromes et les lipomes se laissent facilement enlever par la méthode que nous venons de décrire. Il n'en est pas toujours de même des tumeurs éléphantiasiques dont l'insertion se confond, sans limites bien définies, avec les tissus de la vulve. Comme ces néoplasmes sont très vasculaires et qu'ils renferment souvent de grosses artères et de grosses veines, il peut être utile de ne les extirper d'abord qu'en partie, et de pratiquer la suture de la plaie ainsi formée avant d'enlever le reste de la tumeur. Les figures 56 et 57 représentent une tumeur très vasculaire enlevée avec succès par SCHRÖDER (1) grâce à ce procédé, et la disposition de la suture employée.

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. III.

Tumeurs étalées. — Au second groupe de tumeurs, à savoir celles qui sont *largement étalées* sur la région vulvaire,



Fig. 56. — Tumeur très vasculaire de la vulve opérée par SCHROEDER

appartiennent avant tout les productions de mauvaise nature. Le cancer de la vulve est assez fréquent, tandis que les

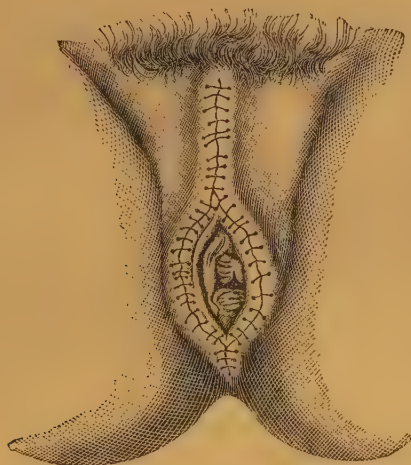


Fig. 57. — Disposition des sutures.

sarcomes ne se rencontrent à la vulve que d'une manière ex-

ceptionnelle (1). Il est essentiel de dépasser les limites des tumeurs malignes d'au moins 1 cent. à 1 1/2 cent. Si le néoplasme est peu étendu, on le détache des tissus profonds à l'aide du bistouri; si la tumeur est plus développée, on tâche de la saisir en bloc avec une forte pince de MUZEUX, on l'attire et on l'excise aussi profondément que possible. Dans le premier cas, on peut réunir les bords de la plaie par la suture; dans le second, il est plus sûr de cautériser immédiatement le fond de la plaie au fer rouge ou au chlorure de zinc. Si les ganglions inguinaux sont atteints, quelques opérateurs ont recours quand même à l'extirpation de la tumeur et de ces ganglions; d'autres tels que DIEFFENBACH et KALTENBACH s'abstiennent d'intervenir. FRITSCH, KUESTER et d'autres conseillent d'enlever les ganglions de l'aîne, même quand ils paraissent tout à fait sains.

Le pronostic des cancers vulvaires est des plus défavorables; la récidive a eu lieu dans tous les cas que j'ai observés. D'autres opérateurs ont été plus heureux que moi. ZWEIFEL a enlevé un cancer de la petite lèvre gauche, chez une femme à laquelle SCHRÖDER avait pratiqué l'ablation de la petite lèvre droite 9 années auparavant. KALTENBACH et KUESTER (2) ont observé des guérisons qui se sont maintenues pendant 1 1/2 à 2 années. GÄNNER (3) a obtenu trois guérisons durables sur cinq opérations; il s'était servi du couteau galvano-caustique.

Tumeurs pédiculées. — L'ablation des tumeurs de la vulve est très simple, lorsqu'elles sont *pédiculées*. On saisit la tumeur, on l'attire et on pratique la section du pédicule après l'avoir serré avec un ou deux fils. Si l'insertion du pédicule est plus large, on le coupe avec des ciseaux et on suture la surface de section. On peut aussi entourer provisoi-

(1) ZWEIFEL, *loc. cit.*, § 47.

(2) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. VII.

(3) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. VIII.

rement le pédicule avec des ligatures élastiques, lier isolément les vaisseaux sur la surface d'ablation, et fermer la plaie par des sutures avant de lever la constriction.

Tumeurs à contenu liquide. — Les *tumeurs liquides* de la vulve sont : l'*hématome* et les *kystes* de la vulve, particulièrement les kystes des glandes de Bartholin. L'hématome de la vulve est toujours d'origine traumatique ; les kystes sont d'origine inflammatoire : ils sont dus soit à la rétention des liquides sécrétés, soit à une suppuration de toute la glande.

L'*hématome de la vulve* exige rarement l'intervention opératoire. On y aura recours seulement lorsque les tissus blessés ou contus suppurent ou menacent de se gangréner, ou lorsque la tension excessive du sang épanché détermine des douleurs intolérables. On incise largement la peau, on enlève les caillots, on lave l'intérieur de la poche et on y introduit un drain. Le sac se comble et se ferme d'ordinaire avec une grande rapidité. Il est bon de ne pas intervenir trop tôt, si on veut éviter les hémorrhagies secondaires qu'il est parfois très difficile d'arrêter : un tamponnement énergique à la gaze iodoformée serait encore la façon la plus commode et la plus sûre d'en venir à bout.

Les *kystes par rétention* des glandes de Bartholin ont rarement besoin d'être opérés : ils s'accroissent fort lentement, peuvent rester stationnaires pendant des années et ne produisent aucun symptôme fâcheux. Si on croyait utile d'intervenir, on exciserait le segment le plus proéminent du kyste et on réunirait ensuite la paroi interne du kyste à la peau extérieurement. Les *abcès* de la glande de Bartholin sont dus généralement à l'infection blennorrhagique, et ils donnent lieu à de vives douleurs. Pour les faire disparaître, il suffit de les inciser largement, d'y introduire une mèche et de les cautériser plus tard au nitrate d'argent.

§ 3. — Opérations plastiques sur le périnée.

Presque toutes les opérations plastiques pratiquées sur le périnée ont pour but de parer aux accidents produits par des déchirures plus ou moins étendues. Les opérations pratiquées pour obvier au relâchement des parties molles de l'entrée du vagin appartiennent aussi à ce groupe; mais, eu égard au but que l'on poursuit en faisant ces opérations, elles seront mieux à leur place dans le chapitre réservé aux opérations sur le vagin. La même remarque est applicable à l'opération de la déchirure du périnée. Nous ne traiterons ici que de l'opération ayant pour but de rétablir la continuité du périnée et le fonctionnement du sphincter de l'anus.

Périnéorrhaphie. — Cette opération est avant tout *indiquée* dans les cas où, à la suite d'influences traumatiques et spécialement d'accouchements terminés au moyen d'instruments, le périnée et le sphincter de l'anus ont été complètement déchirés et où, à la suite de cet accident, est survenue l'incontinence des matières alvines. Les femmes souffrent parfois extraordinairement peu des déchirures les plus étendues. L'incontinence des gaz intestinaux existe presque toujours, mais l'incontinence des matières ne se déclare que lorsqu'il survient de la diarrhée. Faut-il attribuer ce fait à l'existence d'un troisième sphincter anal, ou à la paresse intestinale si marquée dans le sexe féminin, ou à l'habitude prise d'aller toujours à la garde-robe au même moment de la journée? Toujours est-il que bon nombre de malades ne souffrent que très peu de la déchirure, cependant complète, du sphincter de l'anus.

L'incontinence des matières fécales n'est pas la seule indication opératoire dans la déchirure complète du périnée. Il arrive, surtout à la suite de déchirures qui contournent latéralement le canal rectal, que des rétractions cicatricielles empêchent la vulve de se fermer à sa partie postérieure et lui donnent plutôt une forme triangulaire. Les suites de la béance habituelle du vagin sont fort variables. Je ne saurais admettre qu'elle favorise la *chute du vagin* et de *l'utérus*, dont la cause réside, à mon avis, en des lésions anatomiques toutes différentes. Mais l'ouverture exagérée de la fente vulvaire favorise certainement l'entrée dans le vagin des substances et agents nuisibles venus de l'extérieur, elle facilite l'issue du sperme après le coït et produit la *stérilité*. Le tissu cicatriciel peut comprimer des filets nerveux et donner lieu à des tiraillements douloureux ; bref, il existe des raisons plus que suffisantes pour rendre désirable une restauration complète du plancher périnéal. Je ne saurais cependant admettre qu'il faille opérer toutes les déchirures, même incomplètes du périnée, parce qu'elles n'ont pas, à mon avis, l'importance que leur ont attribuée KUESTER (1) et d'autres opérateurs.

A quelle époque faut-il pratiquer l'opération de la déchirure complète du périnée ? Beaucoup de malades ne s'adressent au chirurgien que fort longtemps après la production de cet accident et alors le chirurgien n'a évidemment pas à résoudre cette question. Si on est appelé dans les premiers jours après les couches, il est à conseiller de ne pas opérer de trop bonne heure : pendant la période puerpérale, les tissus sont très mous, très peu résistants et se laissent très facilement couper par les fils ; en outre les dangers d'infection sont alors à leur maximum. D'autre part, il est établi que les opérations plastiques du périnée guérissent d'autant mieux et d'autant plus vite que les tissus avivés sont plus

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Band XIII.

vasculaires. On fera donc bien d'attendre la fin de la période puerpérale (cinq à six semaines), avant d'intervenir. Si on est appelé immédiatement après l'accouchement, on pratiquera l'opération immédiate dans l'espoir, du reste bien fondé, d'obtenir une réunion par première intention.

Le but de l'opération, quelle que soit la méthode employée, est d'amener la coaptation des fibres déchirées du sphincter de l'anus, et de refaire la cloison recto-vaginale.



Fig. 58. — Périnéorrhaphie par la méthode d'avivement triangulaire (HEGAR).

Pour arriver à ce double but, un grand nombre de procédés opératoires ont été imaginés ; mais tous peuvent aisément se ramener aux deux méthodes suivantes. Dans la première, on cherche à obtenir entre la vulve et l'anus une plaie analogue à celle qui existait au moment de l'accident ; on réunit alors les surfaces avivées de droite à gauche de façon à rendre aux parties des dispositions anatomiques normales. Sur

une coupe antéro-postérieure, les surfaces avivées présentent la forme d'un triangle, dont la base est constituée par le périnée, dont le bord antérieur est formé par la déchirure de la muqueuse vaginale et le bord postérieur par la déchirure du rectum et de la cloison recto-vaginale. C'est la méthode par avivement *triangulaire* (fig. 58).

La seconde méthode, dite méthode à *lambeaux*, consiste à séparer le vagin du rectum, à élargir ensuite à droite et à gauche les surfaces d'avivement, à les réunir par la suture et à rattacher au nouveau périnée ainsi formé le lambeau vaginal en avant et le lambeau rectal en arrière.

La méthode par avivement triangulaire a été imaginée par DIEFFENBACH, perfectionnée par SIMON (1), et modifiée par FREUND (2) et MARTIN (3). La méthode à lambeaux a été employée en premier lieu par B. V. LANGENBECK (4); sur ce procédé sont basées les méthodes opératoires de WILMS (5), BISCHOFF (6), STAUDE (7) et LAWSON TAIT (8).

Il ne m'est pas possible de discuter les avantages et les inconvénients de tous ces procédés, ni la valeur comparative des fils superficiels et profonds, de la soie et du fil d'argent, etc. Les succès que chaque opérateur obtient à l'aide de son procédé personnel prouvent suffisamment que l'on peut arriver au but de plusieurs manières. L'essentiel est de pratiquer une antiseptie rigoureuse et de placer conve-

(1) SIMON, Beiträge zur plastischen Chirurgie. *Prager Vierteljahrsschr.* 1867, p. 88 et suiv. SIMON exprima d'abord l'avis que l'opération doit consister beaucoup moins à faire un long et beau périnée, qu'à former un sphincter capable de retenir les matières fécales liquides et les gaz; il donna à cette opération le nom de *procto-périnéoplastie*.

(2) FREUND, Ueber Dammplastik : *Arch. f. Gyn.*, Bd. VI.

(3) MARTIN, *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. VARNIER et WEISS, p. 149 et suiv. G. Steinheil éditeur, 1889; *Volkmann's Vortr.* 183-184.

(4) Voir BIEFEL, *Zeitschr. f. Gyn.* Bd. XV.

(5) GUETERBOCK, *Arch. f. klin. Chirurgie*, XXIV.

(6) BANGA, *Kolpo-périnéoplastie*, d'ap. BISCHOFF, Bâle 1873.

(7) STAUDE, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. V.

(8) LAWSON TAIT. *Obst. soc. of London*, XXI.

nablement les sutures. Sous ces deux conditions, la plupart des procédés opératoires proposés peuvent donner de bons résultats. On choisira donc la méthode la plus simple et la plus naturelle, et le mode de suture le plus simple et le plus facile à exécuter.

Le procédé par avivement triangulaire de SIMON est à mon avis le plus naturel, attendu qu'il crée des plaies analogues à celles qui existent au moment de la déchirure. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure 58, qui représente d'une manière schématique une coupe antéro-postérieure du périnée. Que le sommet de l'avivement soit situé au milieu de la paroi vaginale, ou sur un des côtés de la colonne vaginale postérieure, cela importe assez peu, bien qu'on ne puisse nier que l'avivement latéral correspond mieux aux conditions anatomiques de la déchirure primitive. L'avivement médian est d'exécution plus simple et plus facile et il est suffisant dans le plus grand nombre de cas.

Méthode par avivement triangulaire. — Le traitement *préparatoire* consiste à débarrasser l'intestin des matières fécales solides qu'il renferme, pour éviter que le sphincter de formation nouvelle soit distendu outre mesure au moment de la première défécation. Quelques jours avant l'opération, on administrera à la malade des purgatifs doux, mais sûrs, et on ne lui accordera que des aliments de facile digestion. Le soir, ou quelques heures avant l'opération, on lui fera prendre quelques centigrammes d'opium pour mettre l'intestin au repos, et immédiatement avant l'opération on nettoiera le rectum à l'aide d'un lavement abondant d'eau tiède.

La malade occupant le décubitus dorso-sacré, on étalera le champ opératoire en écartant les parties molles de part et d'autre de la déchirure. On commencera alors l'*opération*, en saisissant la muqueuse vaginale sur la ligne médiane, à l'aide d'une pince tire-balles, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de

l'extrémité supérieure de la déchirure. La hauteur du sommet vaginal de l'avivement variera d'après les conditions anatomiques de chaque cas en particulier. S'il y a beaucoup de tissu en excès, l'avivement sera commencé très haut; s'il y en a peu, ou si la déchirure remonte très haut, l'angle supérieur de l'avivement vaginal se rapprochera davantage du sommet de la déchirure.



Fig. 59. — Tracé de l'avivement par la méthode triangulaire.

Pour ne pas être gêné par le sang, on commencera par pratiquer une incision courbe, à concavité inférieure, à la limite des muqueuses rectale et vaginale; cette incision aboutira de part et d'autre à l'endroit qui correspond à l'ouverture anale primitive, c'est-à-dire au bord antérieur du sphincter anal déchiré.

Il ne faut pas que l'avivement s'étende trop loin en dehors, sans quoi la paroi rectale antérieure serait plus longue que la postérieure. Partant du point où la muqueuse vaginale postérieure est saisie par la pince, on fait alors en se dirigeant en haut et en dehors une incision courbe, concave en haut, qui s'étendra jusqu'à l'extrémité inférieure de la petite lèvre correspondante. De ce point, on trace une incision aboutissant en bas à l'extrémité de l'incision correspondante (fig. 59).

En pratiquant ces incisions on évitera d'aller trop en avant vers le milieu de la vulve pour ne pas rétrécir outre mesure l'entrée du vagin ; on n'étendra pas non plus les incisions trop en dehors pour ne pas amener une tension trop forte de la plaie. Ces incisions seront faites avec un bistouri légèrement convexe et elles traverseront d'emblée toute l'épaisseur de la peau.

On introduira ensuite au-dessous du lambeau, circonscrit par les incisions précédentes, un bistouri pointu à double tranchant et on pratiquera à longs traits l'excision de ce lambeau. On se servira des ciseaux de COOPER pour enlever les îlots de peau ou de muqueuse restés au fond de la plaie, et pour égaliser les surfaces saignantes. Il est très utile, avant de commencer l'opération, d'introduire dans le rectum un tampon assez volumineux, muni d'un fil : on rend par là plus accessibles les parties profondes de la plaie et on empêche les matières fécales de venir souiller le champ opératoire. S'il y a des vaisseaux qui donnent du sang, ce qui est assez rare, on les saisira et on les liera avec du catgut, pour éviter l'accumulation du sang au fond de la plaie.

Il est évident que la forme de l'avivement variera d'après la forme et la hauteur de la déchirure rectale. Si la déchirure est très profonde, la partie de chaque lèvre avivée qui devra contribuer à la formation de la cloison recto-vaginal, sera très étroite (fig. 60).

Partant de l'idée que les déchirures du périnée ne divisent

jamais la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane, mais s'étendent à droite et à gauche de la colonne vaginale, FREUND pratique l'avivement de part et d'autre de cette co-

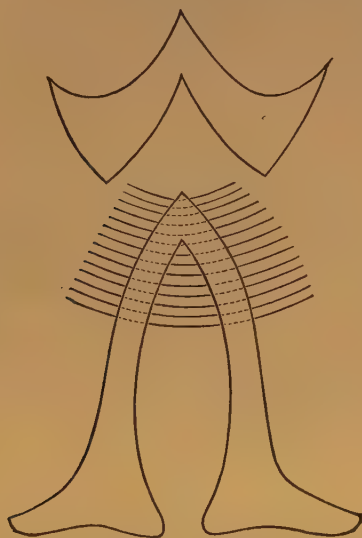


Fig. 60. — Tracé de l'avivement par la méthode triangulaire dans le cas de déchirure très profonde du périnée.

lonne (fig. 61), à une hauteur variable d'après l'étendue des cicatrices de la déchirure primitive. Il excise ces cicatrices

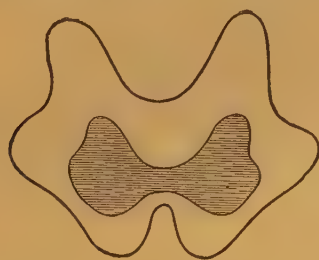


Fig. 61. — Avivement de FREUND.

et se propose ainsi de refaire l'état dans lequel se trouvait le périnée immédiatement après que la déchirure s'était faite.

L'avivement proposé par MARTIN (fig. 62) repose sur les mêmes principes. Il n'est pas à nier que ces procédés d'avivement à deux points répondent mieux aux conditions physiologiques ; ils méritent à mon avis la préférence dans les cas où la colonne postérieure du vagin est relâchée et volumineuse et où il existe à droite et à gauche des cicatrices étén-

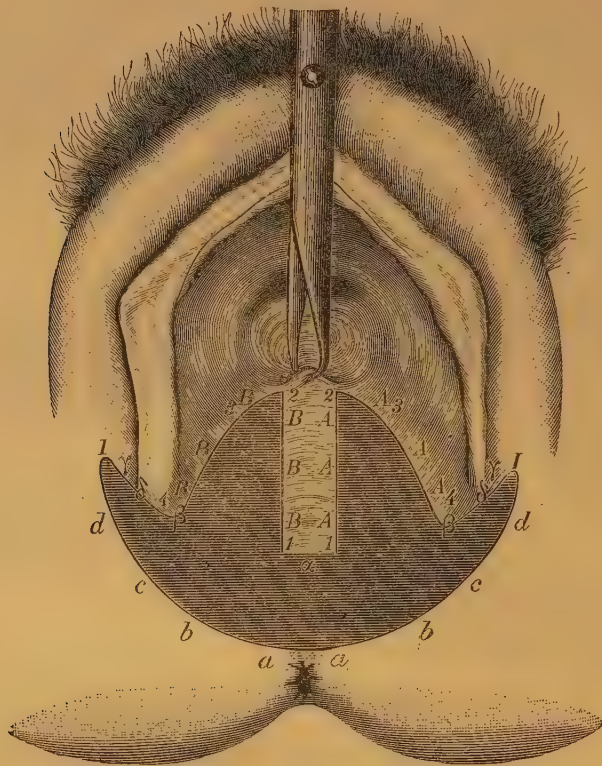


Fig. 62. — Méthode de MARTIN.

dues et difformes. On peut alors, sur les parties latérales du vagin, disséquer de larges lambeaux, exciser des cicatrices vicieuses et amener un rétrécissement notable de l'entrée du vagin. Pour les cas ordinaires l'avivement sur la ligne mé-

diane est tout à fait suffisant et il mérite la préférence par sa grande simplicité.

En ce qui concerne la *suture* de la plaie, il importe avant tout d'amener toutes les parties de la plaie au contact, sans que la tension soit trop forte. Cela est très facile à première vue, mais les divergences qui existent, tant au sujet de la substance employée pour les fils, que pour l'application des sutures superficielles et profondes etc., prouvent bien que la suture du périnée n'est pas si aisée à exécuter. Si on emploie des *fils non résorbables* , il faut pratiquer la suture vers trois directions différentes : vers le rectum, vers le périnée et vers le vagin.

Que l'on place les fils profonds vers le vagin, le rectum ou le périnée, cela importe assez peu. Les sutures rectales seront appliquées en premier lieu et liées vers le rectum. En partant du rectum, on enfoncera l'aiguille près du bord de la plaie, et on la fera sortir vers le milieu ; on la dirigera alors de la plaie vers la muqueuse où elle sortira en un point correspondant à celui où elle était entrée. Si on noue alors les deux chefs du fil vers le rectum, les deux bords déchirés de la muqueuse seront parfaitement adossés.

D'après LAUENSTEIN (1) il vaut mieux réunir la déchirure rectale par des fils de catgut noués vers la plaie, sans toucher à la muqueuse rectale. Par ce procédé, on évite de mettre les trajets des fils en communication avec le rectum. Il va de soi que les sutures vaginales doivent être placées assez profondément pour se rencontrer avec les sutures rectales ; sans quoi, il reste entre les deux séries de sutures un cloaque où du sang vient s'accumuler. Si donc les sutures rectales sont superficielles, il faut que les vaginales soient profondes et vice-versà. On termine l'opération par la suture du périnée.

Tous les fils, ou tout au moins la plupart d'entr'eux, doi-

(1) LAUENSTEIN. *Centralb. f. Gynæk.* 1886, n° 4.

vent être introduits tout près des bords de la plaie et passer autant que possible au-dessous du fond de la plaie, de façon à bien adosser les surfaces saignantes. La soie, le crin de Florence et le fil d'argent conviennent également bien pour cette variété de sutures. Je donne la préférence à la soie.

Comme il est fort difficile de retirer les fils qu'on a appliqués dans le rectum, on s'est servi depuis longtemps déjà pour les sutures rectales de fils de catgut qu'on abandonne dans la plaie. Mais cette méthode n'a d'abord pas été acceptée, parce que le catgut qu'on employait se résorbait trop rapidement. D'autre part WERTH (1), voyant combien il est difficile d'amener les parties profondes de la plaie convenablement en contact, sans serrer les fils énergiquement, a conseillé de combler la profondeur de la plaie avec des sutures perdues et de réunir ensuite les bords de la plaie avec des fils superficiels. Depuis 1880 déjà, partant de considérations analogues, je me suis servi de catgut dans mes opérations plastiques (2). Mais l'emploi de la suture continue en catgut n'a été possible que depuis le jour où l'on s'est servi d'un catgut plus résistant et plus lent à se résorber.

A l'exemple de SCHRÖDER (3), je pratique la *suture continue au catgut* de la façon suivante : je commence au sommet de l'avivement vaginal (fig. 59), puis je passe de haut en bas jusqu'au point où commence la déchirure rectale, des anses de fil embrassant toute la profondeur de la plaie ; je réunis ensuite les bords de la déchirure rectale en introduisant l'aiguille et en la faisant ressortir à la limite de la muqueuse rectale (fig. 59) ; retournant alors sur mes pas, je place une seconde série d'anses de fil aboutissant à l'angle supérieur de l'avivement vaginal, et je finis par réunir les bords de la plaie du vagin et du périnée à l'aide des sutures demi-profondes.

(1) *Centralb. f. Gyn.* 1879, n° 29.

(2) *Berl. kl. Wochenschr.* 1884, n° 1.

(3) *Centralbl. f. Gyn.* 1885, n° 29.

des. Avant de commencer la suture, je passe au-dessous du fond de la plaie un fort fil double en catgut, qui sert à diminuer la tension des bords de la plaie et à fixer, en contact avec la ligne des sutures, la gaze iodoformée qui fait office de pansement.

Les avantages de la méthode de suture que je viens de décrire sont multiples : elle est simple ; elle permet de se passer des sutures rectales ; elle amène les surfaces de la plaie en contact intime et régulier, sans exercer une trop forte tension. J'accepte fort bien qu'on peut obtenir de bons résultats grâce à d'autres procédés, mais la méthode que nous employons nous a donné des succès supérieurs à ceux que nous avons obtenus auparavant. Sur 25 opérations pratiquées par SCHRÆDER avec ce procédé, 23 ont été suivies d'un succès complet ; dans un cas, il y eut une fistule recto-vaginale qui se ferma par bourgeonnement ; dans le second cas, la cicatrice se déchira à la suite d'une accumulation abondante de matières fécales dans l'ampoule du rectum : SCHRÆDER répéta l'opération qui fut alors suivie d'un succès complet.

Pour ma part, j'ai pratiqué depuis mars 1883, et toujours avec succès, 18 opérations de déchirure complète du périnée. Voilà donc en tout 43 opérations avec 1 insuccès et 1 succès incomplet. MARTIN, qui autrefois hésitait à adopter notre méthode, y a recours actuellement, et comme nous, il obtient d'excellents résultats (1).

Si, à l'exemple de FREUND et de MARTIN, on exécute l'avivement vaginal à deux pointes, on pratiquera d'abord la suture des deux plaies latérales du vagin et on fera ensuite la suture continue telle que nous venons de la décrire.

Méthode à lambeaux. — L'avivement, au lieu d'occuper le vagin, a lieu ici entre le vagin et le rectum. On commence

(1) MARTIN. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. VARNIER et WEISS, p. 200. — G. Steinheil, éditeur, 1889.

par dédoubler la cloison recto-vaginale à l'aide du bistouri; puis on élargit les surfaces d'avivement latérales; on réunit les bords latéraux de la plaie pour former un périnée, auquel on ajoute par quelques points de suture le lambeau vaginal en avant. La périnéosynthèse de LANGENBECK est le modèle sur lequel ont été calquées toutes les opérations à lambeaux, et notamment celles de WILMS, STAUDE et BISCHOFF. Ce dernier pratique l'avivement indiqué dans la figure

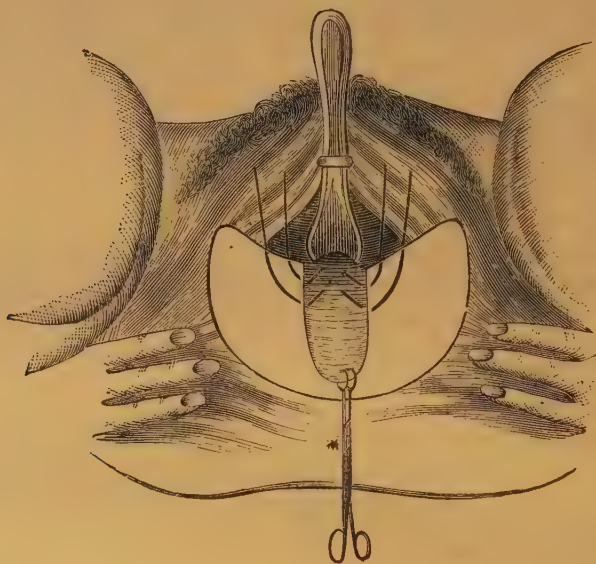


Fig. 63. — Avivement de BISCHOFF.

63; il applique en premier lieu la suture du rectum; il unit ensuite chaque bord du lambeau vaginal à la lèvre antérieure du triangle avivé, de sorte que la pointe du lambeau représente la fourchette du nouveau périnée; finalement, il ferme la plaie du périnée avec des sutures profondes. STAUDE a conseillé de saisir la face inférieure du lambeau vaginal dans l'anse des fils placés dans le rectum, pour mieux combler l'intervalle compris entre les deux bords de la déchirure

rectale. Les procédés de STAUDE et de BISCHOFF ont donné d'assez bons résultats.

La méthode préconisée récemment par FRITSCH (1), ressemble, quant à l'avivement, aux méthodes à lambeaux; pour l'application des sutures, elle se rapproche plutôt du procédé par avivement triangulaire.

Le procédé de LAWSON TAIT, vanté en Allemagne avec enthousiasme par SAENGER et HEMBERG, consiste aussi à doubler la cloison recto-vaginale en deux lambeaux; elle est, paraît-il, facile à pratiquer, mais comme il est difficile de la décrire convenablement sans reproduire un grand nombre de dessins explicatifs, je renvoie le lecteur à la monographie de SAENGER (2).

Traitement consécutif. — Le traitement consécutif consistera avant tout à laisser la plaie du périnée aussi longtemps que possible *en repos*. Beaucoup d'opérateurs conseillent de sectionner le sphincter de l'anus immédiatement après l'opération, pour permettre aux gaz et aux matières fécales de s'évacuer sans exercer de tension sur le nouveau périnée. D'autres préfèrent placer un drain à demeure dans le rectum. Ces précautions sont loin d'être inutiles. Nous avons vu la distension excessive de l'ampoule rectale par des gaz et des matières solides produire la déchirure de la cicatrice périnéale; d'autre part, la rétention des gaz intestinaux peut déterminer de vives douleurs. La section sous-cutanée du sphincter de l'anus prévient ces accidents jusqu'à un certain point.

Pendant les huit jours qui suivent l'opération, on n'accordera à la malade que des aliments qui peuvent être absorbés presque en totalité et qui ne produisent pas de flatulence. On veillera à ce que les malades ne fassent pas de mouvements,

(1) *Centralbl. f. Gyn.* 1887, n° 30.

(2) SAENGER, *Volkmann's Vort.*, n° 301.

même involontaires, trop étendus. Il est inutile de lier ensemble les genoux, puisque les parties molles du périnée ne sont pas tirillées par des mouvements même très étendus des membres inférieurs.

Autre question fort discutée : faut-il pendant les premiers jours qui suivent l'opération entretenir la constipation par les *opiacés*, ou convient-il de procurer dès le début des selles liquides par l'administration de *laxatifs*. L'une et l'autre méthode ont leurs avantages et leurs dangers. La ligne de conduite que nous suivons est celle-ci : pendant les jours qui précèdent l'opération, nous cherchons à vider entièrement l'intestin par emploi des laxatifs et par l'administration d'aliments liquides à digérer. Pendant les six ou huit premiers jours après l'opération, nous maintenons l'intestin au repos en donnant plusieurs fois par jour de 10 à 15 gouttes de teinture d'opium ; vers le septième ou neuvième jour, nous donnons un purgatif : huile de ricin ou sulfate de magnésie. Dès que la malade accuse le besoin d'aller à la garde-robe, nous administrons un petit lavement à l'huile d'olive (1).

On peut dire qu'aujourd'hui le traitement opératoire de la déchirure complète du périnée est presque constamment suivi de succès ; mais il convient d'ajouter que le fonctionnement du sphincter de l'anus n'est pas toujours parfait, alors même que l'opération a réussi à souhait.

(1) D'après les travaux du prof. BOUCHARD, chaque fois que l'on veut immobiliser l'intestin, on doit chercher à établir surtout la *constipation antiseptique* en joignant aux opiacés le naphтол et le salicylate de bismuth (N. de l'Éd.)

§ 4. — Traitement opératoire de la coccygodynie.

La coccygodynie intéresse les gynécologues parce qu'elle est souvent la suite d'accouchements laborieux, terminés au forceps ou autrement. Les *causes* immédiates de la coccygodynie sont les déchirures des attaches musculaires ou tendineuses, les luxations des vertèbres coccygiennes, l'ankylose et enfin la carie du coccyx. La douleur de la coccygodynie est produite ou exaspérée par tous les mouvements qui amènent la contraction des muscles qui s'insèrent au coccyx.

Comme les remèdes dirigés contre cette affection n'aboutissent le plus souvent à aucun résultat, NORT (1) a proposé de recourir à l'extirpation du coccyx. Avant lui, SIMPSON (2) avait conseillé de faire la section sous-cutanée des faisceaux musculaires attachés à cet os. L'opération de NORT est plus sûre, sans être plus grave et plus difficile que celle de SIMPSON.

Pour pratiquer l'*ablation du coccyx*, on incise la peau sur toute la longueur de cet os, et après avoir convenablement disséqué les deux lèvres de la plaie, on saisit le coccyx avec une forte pince, on l'attire et on coupe avec des ciseaux les parties molles qui s'attachent à l'os. On ferme la plaie avec des sutures profondes entrecoupées.

La guérison de la coccygodynie tarde parfois assez longtemps après cette opération.

(1) *Amer. Journ. of. Obst.*, Vol. I, p. 243.

(2) *Medical Times*, 1858.

CHAPITRE IX

OPÉRATIONS SUR LE VAGIN

§ 5. — Intervention opératoire dans le cas d'atrésie ou de rétrécissement, congénital ou acquis, du canal vaginal.

Les opérations pratiquées sur le vagin ont le plus souvent pour but de rétablir les conditions physiologiques de ce canal, en rendant possibles ou plus faciles l'issue des sécrétions et l'entrée du fluide séminal. L'occlusion et le rétrécissement du vagin peuvent être *congénitaux*, ou ils peuvent, après la naissance, être le résultat d'altérations graves des parois de ce canal. La sténose et l'atrésie congénitales du vagin ne sont constatées d'ordinaire qu'à l'époque de la menstruation, de sorte qu'il est difficile de dire si ces vices de conformation sont réellement congénitaux ou s'ils ont été acquis pendant les premières années de la vie extra-utérine. On peut cependant, par l'observation directe et par voie de déduction, présumer que les atrésies, même celles qui ne résultent pas d'un arrêt de développement, sont presque toujours congénitales.

BREISKY et ZWEIFEL sont d'avis que les atrésies qui siègent très haut dans le vagin, sont la suite d'altérations inflammatoires et d'adhérences des parois vaginales pendant la vie

intra-utérine : en effet, ces occlusions sont d'autant moins susceptibles d'être interprétées par un arrêt de développement qu'il existe d'ordinaire en même un utérus normal et un hymen bien conformé. Parfois il existe deux atrésies du vagin, situées l'une au-dessus de l'autre, et alors le segment du canal compris entre les deux cloisons est distendu par des mucosités. Pareille anomalie ne s'explique pas non plus par un vice de développement embryonnaire.

L'*étendue* des atrésies du vagin est extrêmement variable : tantôt il existe seulement un cloisonnement membraneux, tantôt le vagin tout entier semble transformé en une corde solide ; généralement l'utérus est alors rudimentaire. Toutefois j'ai observé deux cas d'atrésie *totale*, où l'utérus avait sa forme normale. Les atrésies qui amènent la rétention des sécrétions provenant des parties supérieures du canal génital, sont passibles d'une opération comme celles qui mettent obstacle à la conception ; dans ce dernier cas, il faut que l'utérus ait atteint son développement normal. Or, comme l'utérus bien constitué sécrète presque toujours du sang à époques périodiques, c'est en dernier ressort la rétention des règles qui est l'*indication ordinaire* de l'opération. J'ai vu cependant SCHRÖDER opérer pour atrésie totale du vagin une jeune fille de 20 ans, qui souffrait de douleurs dysménorrhéiques violentes : l'utérus était normal, mais il n'avait pas encore fourni de sang menstruel.

Le sang accumulé au-dessus du rétrécissement distend d'abord le vagin (*hématocolpité*), puis l'utérus (*hématomètre*) et enfin les trompes (*hématosalpingite*) : cette rétention est d'autant plus rapide et les douleurs sont d'autant plus prononcées, que la quantité de sang sécrété à chaque menstruation est plus abondante.

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement aisé : l'aménorrhée est complète et les malades souffrent, de quatre

en quatre semaines, de douleurs de plus en plus violentes. A l'examen, on trouve le vagin oblitéré à une profondeur variable, et au-dessus de l'atrésie on découvre une tumeur plus ou moins volumineuse, fluctuante et élastique.

Des troubles analogues peuvent se développer dans le cas de canal utéro-vaginal *double* avec atrésie siégeant *d'un seul côté*. Cette anomalie, qui a reçu le nom d'*hématocolpite latérale*, résulte de l'oblitération ou d'un arrêt de développement de l'un des conduits utéro-vaginaux et d'une accumulation

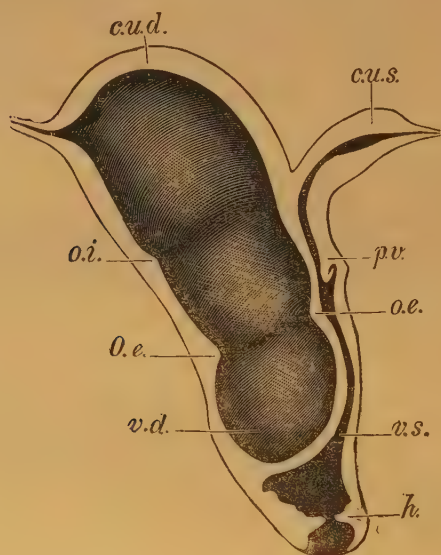


Fig. 64. — Utérus double avec atrésie d'un seul côté, d'après BREISKY.

de sang menstruel du côté correspondant, l'utérus du côté opposé fonctionnant d'une manière normale (fig. 64, d'après BREISKY) (1). L'aménorrhée n'existe donc pas, mais la menstruation est accompagnée de douleurs de plus en plus violentes. Le plus souvent l'oblitération siège à droite. A l'exploration digitale, on trouve dans un des culs-de-sac

(1) Voir BREISKY, *Krankh. der Vagina*. Stuttgart, 1886, chap. II.

vaginaux, à côté de l'utérus, une tumeur fluctuante, élastique ; le col présente la forme d'un repli semi-lunaire, étiré et accolé intimement à la tumeur ; celle-ci descend plus ou moins bas dans le vagin, parfois elle s'étend jusque près de l'orifice d'entrée du vagin. Ces lésions sont caractéristiques et ne peuvent être confondues avec aucune autre affection. L'opération s'impose tout autant que dans l'atrésie complète du canal génital.

Ainsi que l'a fait observer BREISKY (1), le sac rempli de sang peut se rompre spontanément vers le canal resté ouvert, de préférence à travers la cloison commune qui sépare les deux cavités cervicales. Cette rupture est beaucoup plus fréquente dans l'hématocolpité latérale que dans l'hématocolpité simple. L'orifice de perforation étant d'ordinaire très étroit et mal situé, et le sang retenu étant épais et visqueux, le sac ne se vide que d'une manière lente et incomplète. Si des germes de putréfaction pénètrent, du vagin, à l'intérieur du sac, il se développe de la suppuration (*pyocolpité*, *pyomètre*). Les signes physiques de la pyocolpité latérale sont identiques à ceux de l'hématocolpité latérale, avec cette différence que du pus horriblement fétide s'échappe périodiquement du vagin.

Opération. — Le traitement opératoire de ces différents états morbides consiste à *donner issue au liquide accumulé au-dessus du point d'oblitération* et à *maintenir béant le canal de sortie*.

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, les dangers de l'intervention active résident moins dans l'opération elle-même que dans les modifications pathologiques de l'utérus et de ses annexes.

Si l'atrésie est peu étendue et si elle siège à proximité de

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. II.

l'hymen, l'opération est la même que pour l'occlusion de l'ouverture hyménale. Elle devient beaucoup plus difficile et plus dangereuse quand l'atrésie est étendue ou bien quand le vagin manque complètement. Il faut alors opérer profondément dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie du rectum. Les dangers d'infection sont alors très grands et on court le risque de blesser la vessie et le rectum.

S'il existe un vagin *rudimentaire*, on pratiquera au fond de ce conduit une large incision transversale, dont on écarte les bords et à travers laquelle on tâche de pénétrer avec le doigt jusque contre le sac, plus ou moins distendu par le sang, ou, s'il n'y a pas de rétention des règles, jusque contre le col de la matrice. Un cathéter dans la vessie et un doigt dans le rectum permettront de bien apprécier l'épaisseur des tissus qui existent entre ces deux organes et d'éviter toute lésion de ces derniers.

On pourrait aussi dilater l'urèthre et passer le doigt dans la vessie. Quand on est arrivé dans le voisinage du segment inférieur de la tumeur sanguine, on tâchera de reconnaître le col utérin, pour ouvrir le vagin aussi près que possible de cet organe (BREISKY). Pour ponctionner la poche, on se servira soit du bistouri soit du troicart, et on incisera latéralement, sur la sonde canelée ou avec le bistouri boutonné, l'orifice de la ponction. BREISKY emploie, pour ouvrir le sac, un couteau en forme de lancette, qui peut être poussé à travers la canule d'un troicart et être utilisé pour l'agrandissement de l'ouverture de la ponction (fig. 65 *b*) ; après avoir retiré la lancette, il dirige sur son troicart la pince-canule représentée (fig. 65 *a*), avec laquelle il élargit à volonté les bords de l'incision pratiquée dans le sac. Finalement il introduit dans la poche un double tube qui assure l'écoulement du liquide et permet de faire des injections antiseptiques. BREISKY a eu sept fois recours à cet instrument et il s'en est fort bien trouvé.

Traitement consécutif. — Le traitement consécutif aura surtout pour but de prévenir la sténose cicatricielle de l'orifice de la ponction. Le moyen le plus sûr d'arriver à ce résultat consiste à réunir par des sutures la muqueuse de la poche avec la muqueuse du vagin ou avec la peau. Ce procédé est d'exécution facile lorsque l'atrésie est peu étendue, mais il



Fig. 65. — Pince-canule et troicart de BREISKY.

est absolument impraticable dans le cas où l'occlusion est très étendue ou complète. HEPPNER (1) et CRÉDÉ (2) conseillent de suturer dans le vagin des lambeaux taillés aux dé-

(1) *St-Petersb. med. Wochenschr.* 1872.

(2) *Arch. f. Gyn.*, Bd. 22.

pens de la peau, mais les cas qui se prêtent à ce genre d'opération sont rares. On est alors obligé de recourir à l'une ou à l'autre des méthodes suivantes. On introduira dans le vagin et on y laissera à demeure pendant un temps suffisant, des tubes en verre ou en caoutchouc durci, en forme de spéculums, pour prévenir le retrait cicatriciel des parois du canal (SIMS, EMMET).

Plus tard, on pratiquera d'abord tous les deux jours puis à intervalles plus éloignés, une dilatation énergique à l'aide des doigts; au besoin, on aura recours au chloroforme. BREISKY attend pour avoir recours à ces manœuvres que la cavité utérine se soit entièrement vidée et que le canal de nouvelle formation soit tapissé de bourgeons cicatriciels. Le tamponnement fréquemment répété à la gaze iodoformée permettrait vraisemblablement d'obtenir une dilatation suffisante, sans exposer les malades au danger de l'infection.

Le traitement opératoire des adhérences acquises du canal vaginal doit être basé sur les principes que nous venons d'énoncer. On a du reste rarement l'occasion de les observer.

Plus l'atrésie est étendue, moins la tumeur sanguine est volumineuse et plus l'opération sera difficile, dangereuse et douteuse quant à son résultat définitif: on est alors forcé d'ouvrir largement le tissu conjonctif vésico-rectal, on est exposé à blesser la vessie et le rectum et, l'opération terminée, il devient d'autant plus difficile d'arrêter la rétraction cicatricielle qu'il existe moins de muqueuse vaginale.

Quand l'atrésie siège sur toute l'étendue du vagin, quand il n'existe pas de signes de rétention, ou qu'on n'est pas certain du développement parfait de l'utérus, je conseille avec KALTENBACH et BREISKY de ne pas intervenir. Il ne me semble pas qu'il soit permis de tenter une opération grave et d'un résultat douteux dans le seul but de rendre le coït possible ou plus agréable. Il est du reste établi que s'il existe un rudiment de vagin, quelque petit qu'il soit, des tentatives répétées

de coït peuvent le distendre au point de rendre bientôt les rapports possibles.

L'intervention opératoire est bien plus rarement indiquée par le rétrécissement du vagin que par l'atrésie complète. BREISKY cite un grand nombre de cas de sténose vaginale très prononcée, où la conception a pu avoir lieu et être suivie d'un accouchement pour ainsi dire normal. Nous avons vu plus haut qu'on observe parfois chez les petites filles une atrésie de la vulve par accollement des couches superficielles de l'épiderme : le même processus peut donner lieu à des sténoses vaginales en apparence très marquées ; il suffit alors d'appuyer énergiquement le doigt sur le point rétréci pour voir tout à coup les parois vaginales se détacher l'une de l'autre.

J'ai observé un cas très intéressant de cette espèce chez une primipare arrivée au terme de sa grossesse : le vagin était très court en apparence et je ne sentais ni col, ni orifice externe ; en appuyant énergiquement le doigt au fond du cul-de-sac vaginal, je sentis tout à coup les parois du vagin se décoller et j'arrivai dans une cavité, constituée par le fond du vagin avec la portion vaginale du col. La pression du doigt avait suffi pour détacher les adhérences.

Cloisons vaginales. — Il me reste à dire un mot des cloisons que l'on observe parfois dans le vagin. Ces cloisons peuvent résulter d'une fusion incomplète des canaux de MULLER ; d'autres fois elles succèdent à des lésions puerpérales étendues du col et des parois vaginales. Lorsqu'une plaie du col se trouvent pendant longtemps en contact immédiat avec une plaie du vagin, il se forme entre les deux plaies des adhérences d'épaisseur variable. Ces adhérences sont le plus souvent transversales, tandis que les cloisons dues à un arrêt de développement sont dirigées d'avant en arrière et divisent le canal en une moitié droite et une moitié gauche. Ces cloisonnements par vice de conformation sont plus importants

que les adhérences acquises, en égard à l'obstacle qu'ils peuvent opposer au coït et à l'accouchement.

Les adhérences cicatricielles du col avec les culs-de-sac vaginaux entraînent le plus souvent des *déviationes utérines* : si elles sont peu épaisses, il suffira de les couper avec des ciseaux ; si elles sont plus larges et plus vasculaires, on fera bien, pour éviter l'hémorrhagie, de les couper entre deux ligatures.

§ 6. — Opérations destinées à guérir le prolapsus du vagin.

Il est impossible de donner une idée exacte du traitement opératoire des différentes formes du *prolapsus du vagin* sans étudier au préalable les altérations pathologiques des parties voisines : périnée, tissu cellulaire pelvien, utérus, vessie et rectum. Tout déplacement quelque peu prononcé de l'un ou de l'autre de ces organes entraîne des modifications correspondantes des organes voisins. La chute du vagin s'observe parfois en même temps que la déchirure du périnée ; elle s'accompagne très souvent d'altérations de l'utérus ou tout au moins de sa partie inférieure, du col, qui s'hypertrophie presque toujours lorsque la chute du vagin est très étendue et qu'elle existe depuis longtemps.

Inversement, la descente et la chute de l'utérus ne sauraient exister sans que les parois du vagin soient renversées. Si elle est très considérable, la chute du vagin est toujours compliquée de *cystocèle* et très souvent de *rectocèle*. Tous les organes pelviens jouent donc un rôle important dans le traitement opératoire du prolapsus du vagin, et si nous étudions toutes ces altérations à propos de l'opération de la chute du vagin, c'est parce que cet organe subit toujours le déplacement le plus considérable et que l'intervention chirurgicale porte directement sur lui.

Mécanisme de la production du prolapsus vaginal. — Il n'entre pas dans mes vues d'étudier en détail l'étiologie de toutes ces lésions. La seule chose importante à savoir est que le genre de l'opération à pratiquer et son pronostic varient suivant le mode de développement du prolapsus.

Avec HEGAR, (1) nous dirons que la cause de l'abaissement peut être cherchée, soit dans l'insuffisance des ligaments d'attache, soit dans le défaut de résistance du périnée. Sous le nom de *plancher périnéal*, HEGAR comprend l'ensemble des muscles, des aponévroses et des ligaments qui entourent et fixent la partie inférieure du vagin et qui, par leur force de résistance, servent de soutien à tout l'appareil génital. Par ligaments d'attache, il entend désigner les replis du péritoine et les cordons fibreux recouverts par le péritoine, qui fixent les organes génitaux internes aux parois osseuses du bassin. Ces deux causes — *insuffisance des ligaments péritonéaux* et *relâchement du plancher périnéal* — se combinent d'ordinaire entre elles, et cela s'explique, puisque les influences nocives donnant naissance au prolapsus agissent à la fois sur les deux appareils de sustentation des organes sexuels.

La division, si rationnelle et si importante en pratique, proposée par HEGAR a cependant le tort de ne pas mettre en lumière un facteur de la plus haute importance, à savoir l'état du *tissu cellulaire pelvien*. Ce tissu est souvent relâché au point, non seulement de favoriser la production du prolapsus, mais encore de mettre obstacle à sa guérison définitive. Dans les cas où la chute du vagin est due à un défaut de résistance de la part du périnée, le relâchement excessif des parties molles qui entourent l'orifice de sortie du bassin prend une part bien plus grande dans la production du prolapsus que les déchirures plus ou moins complètes du vagin et du périnée. En somme, le prolapsus du vagin ne coïncide pas souvent avec les déchirures du périnée ; dans les cas de chute complète des parois vaginales, le périnée est *flasque* et *relâché*, sans toutefois être déchiré. Le défaut de cohésion du tissu

(1) *Gynécologie opératoire*, trad. BAR, p. 555. G. Steinhell, 1885. Paris. On trouvera dans ce livre une étude détaillée sur les divers facteurs qui interviennent dans la production du prolapsus vaginal.

cellulaire pelvien reconnaît comme causes principales : les *accouchements répétés*, le *défaut de soins pendant la période puerpérale*, et cette circonstance explique la fréquence prédominante du prolapsus du vagin parmi les classes pauvres de la société.

Lorsqu'à la suite du relâchement des parties molles et du tissu cellulaire, le segment inférieur du vagin a perdu tout soutien, il descend, sous l'influence de la pression intra-abdominale, dans la direction où la résistance est à son minimum, c'est-à-dire en bas, et il entraîne les parties supérieures du vagin à sa suite. Les tractions continues exercées sur l'utérus par les parois vaginales prolabées et peut-être aussi l'abaissement de la pression intra-vaginale par rapport à la pression intra-abdominale, provoquent l'allongement hypertrophique de la portion moyenne, d'autres fois de la portion supra-vaginale du col de la matrice. La portion vaginale arrive ainsi à faire saillir au-devant de l'orifice d'entrée du vagin : étant soustraite à la compression exercée par les parois vaginales, elle se gorge de sang et s'hypertrophie. Sous l'influence de traumatismes venus de l'extérieur, il se développe sur le col et sur le vagin des ulcérations de profondeur variable.

La *vessie*, étroitement unie au col et à la partie supérieure du vagin, participe tout au moins par un diverticulum, à l'abaissement ; mais la majeure partie de l'organe reste à l'intérieur du petit bassin ; la partie antérieure de l'urèthre, intimement adhérente au bord inférieur de l'arc pubien, ne subit pas non plus de déplacement.

L'*ampoule rectale* relâchée cède assez souvent aux tractions exercées par les parois prolabées du vagin et se présente à l'extérieur sous la forme d'une rectocèle plus ou moins volumineuse. Toutefois le rectum ne prend pas aussi régulièrement part à la descente que la vessie ; à sa partie supérieure surtout, le rectum se détache facilement du vagin et n'obéit pas au mouvement de descente.

Tout autre est le mode de développement du prolapsus dans le cas *d'insuffisance des attaches ligamentaires et péritonéales* de l'utérus. Ici encore la cause première de la descente réside dans les influences nocives qui agissent sur ces ligaments pendant la grossesse et à la période puerpérale, mais ce n'est plus là le seul facteur qui intervient dans la production de l'accident (1). Le résultat immédiat du relâchement des ligaments suspenseurs de l'utérus est l'abaissement de l'utérus avec rétroversion (SCHULTZE) (2); si cette insuffisance persiste ou si elle s'accroît davantage, l'utérus descend de plus en plus vers la région où la résistance est à son minimum, vers l'anneau vaginal, et finalement il se montre à la vulve, entraînant avec lui les parois vaginales renversées. Une partie de la vessie participe toujours à la descente : il n'en saurait être autrement, eu égard aux rapports anatomiques des deux organes. Le segment inférieur du vagin ne participe pas nécessairement au mouvement de descente : même quand l'utérus est tout à fait au dehors, la partie inférieure du vagin peut avoir conservé sa situation normale, ainsi que le démontrent un certain nombre d'observations de prolapsus chez des nullipares.

Indications de l'opération. — J'ai cru qu'il était indispensable d'énumérer ces diverses considérations sur l'anatomie et l'étiologie du prolapsus du vagin et de l'utérus, attendu que le pronostic et les indications opératoires varient beaucoup suivant l'origine et la nature des lésions observées. Le prolapsus n'est le plus souvent qu'une infirmité, et l'opération destinée à la guérir n'est justifiée que dans les cas où l'on croit pouvoir procurer aux malades un bien-être assuré et durable. Or ce résultat dépend absolument des conditions

(1) FRITSCH. *Lageveränderungen* etc. Chap. VI. Voir aussi une observation très instructive de J. VEIT, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. II.

(2) *Die Lageveränderungen der Gebärmutter*, Berlin, 1882.

anatomiques du prolapsus. S'il est possible d'agir directement sur les organes qui présentent les modifications les plus avancées, l'opération pourra aboutir à un résultat certain et permanent. Tel est généralement le cas pour les prolapsus dus au relâchement du plancher périnéal. Si la descente est causée par l'insuffisance des ligaments et des replis péritonéaux — lésion sur laquelle nous n'avons pas de moyens d'action directe, — les opérations plastiques sur le vagin n'aboutiront tout au plus qu'à permettre l'application d'un pessaire.

Le prolapsus du vagin n'étant d'ordinaire pas dangereux pour la vie, il est assez difficile de préciser les cas dans lesquels l'opération est indiquée. Il est vrai que l'opération présente d'autant plus de chances de réussite qu'elle est pratiquée plus tôt, mais il est certain aussi qu'on a rarement l'occasion d'intervenir au début de l'affection. Les malades atteintes de prolapsus appartiennent pour la plupart à la classe inférieure de la société; elles se résignent difficilement à faire les sacrifices de temps et d'argent nécessaires et plutôt que de se laisser opérer, elles supportent avec courage les ennuis d'une infirmité souvent fort pénible.

D'autre part une expérience déjà fort étendue en cette matière me permet d'affirmer que par l'application de pessaires appropriés, bien construits et surtout nettoyés assez souvent, on obtient parfois de très bons résultats. L'âge *avancé* des malades est encore une condition qui plaide en faveur de l'abstention.

Les cas qui se prêtent le mieux à l'opération sont d'abord : 1° ceux où, à la suite de déchirures très étendues du périnée, le vagin est largement entr'ouvert et où l'emploi des pessaires est impossible;

2° ceux où les parties molles du plancher pelvien sont flasques et relâchées au point de ne plus pouvoir fournir aux pessaires un point d'appui suffisamment résistant.

Les pessaires *compliqués*, munis de tiges et fixés par des bandages, entraînent des désagréments plus que suffisants pour les faire rejeter. Une observation attentive de l'état du plancher pelvien permet assez facilement de déterminer les cas qui se prêtent à l'emploi des pessaires simples. Le volume du prolapsus doit évidemment entrer en ligne de compte, mais il ne suffit pas à donner la solution du problème. Si le plancher pelvien est en bon état, on parvient parfois à réduire, au moyen d'un pessaire ordinaire, les prolapsus les plus volumineux ; en cas d'échec, les opérations plastiques du vagin les plus étendues ne donneront pas de résultats plus durables. C'est précisément dans ces cas qu'il est rationnel de fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure par la laparotomie. Mais cette éventualité se présente rarement, car il est presque toujours possible d'obtenir par des opérations plastiques un résultat suffisant pour permettre à un pessaire de retenir le prolapsus.

Soins préliminaires. — Comme traitement préparatoire, on aura soin de faire vider l'intestin, on préviendra l'accumulation de masses fécales volumineuses en prescrivant à la malade des aliments d'absorption facile et complète : grâce à ces précautions, l'intestin sera au repos et la pression intra-abdominale sera réduite à son minimum. Elles sont surtout indispensables lorsqu'il s'agit de prolapsus *anciens* et *volumineux*, dont la réduction devra nécessairement élever la pression intra-abdominale d'une manière notable.

Dans les prolapsus chroniques compliqués de stase veineuse intense, d'ulcérations et d'hypertrophie du col et d'infiltration de la muqueuse vaginale, il est indispensable de faire une *cure préparatoire prolongée*, consistant, avant de réduire le prolapsus, à pratiquer des douches chaudes sur les parties engorgées et à guérir les ulcérations par un traitement local approprié.

Ainsi qu'il résulte des rapports anatomiques précédemment étudiés, l'intervention opératoire porte sur le segment inférieur du vagin et sur le périnée, parfois aussi sur le col de l'utérus (1).

Je ne m'arrêterai pas aux procédés des anciens qui cherchaient, par l'application de caustiques, à rétrécir le diamètre du vagin et à former des adhérences entre la paroi vaginale et les organes voisins, ou qui se bornaient à rétrécir l'ouverture vulvaire (2). Les méthodes employées aujourd'hui consistent dans l'avivement sanglant du vagin ou de l'entrée du vagin, avec suture des surfaces avivées. On peut les classer en trois groupes:

1° Le rétrécissement opératoire de la vulve ou *épisiorrhaphie*.

2° Le rétrécissement opératoire du vagin seul: *colporraphie* (SIMON) ou *élytrorrhaphie* (HEGAR). Dans ce groupe peuvent être rangés les procédés de SPIEGELBERG, LE FORT et NEUGEBAUER qui se bornent à unir sur une certaine étendue les deux parois du vagin.

3° La *colpopérinéorrhaphie* ou *colpo-périnéauxèse* de HEGAR qui a été modifiée par MARTIN, WINCKEL et BISCHOFF.

On pratique parfois, mais pas toujours, comme opération adjuvante l'amputation de la partie inférieure du col hypertrophié.

Episiorrhaphie. — L'épisiorrhaphie, proposée d'abord par FRICKE (3), consiste à aviver la face interne des deux grandes lèvres et à suturer les surfaces ainsi avivées. Ce procédé ne donne pas de résultats durables: la muqueuse vaginale et

(1) Voir plus loin, chap. XIII, les autres procédés opératoires destinés à guérir le prolapsus des organes génitaux internes.

(2) Voir HEGAR et KALTENBACH, *Gynécol. opérat.*, trad. française, p. 544, et BREISKY, *loc. cit.*, § 46 à 52.

(3) *Annalen der chirurgischen Abtheilung des Hamburger Krankenhauses*, Bd. II, (d'après HEGAR).

l'utérus renversent à la longue la barrière qui leur est opposée.

Colporraphie. — La colporraphie ou élytrorraphie, préconisée en premier lieu par M. HALL, consiste à exciser des lambeaux plus ou moins étendus de la muqueuse vaginale et à suturer ensuite les bords des surfaces avivées, dans le but de rétrécir le diamètre du vagin. L'excision porte le plus souvent sur les parois antérieure et postérieure, qui sont d'ordinaire le plus relâchées : *colporraphie antérieure* (1) et *postérieure* (2).

On pratique rarement aujourd'hui la colporraphie postérieure isolément ; cette opération ressemble du reste parfaitement à la *colporraphie antérieure* que nous allons décrire en détail.

La colporraphie antérieure s'impose dans les cas de prolapsus très étendu. Si le col participe au prolapsus, il faut commencer par pratiquer une opération plastique sur le col (voir chap. X). Beaucoup de chirurgiens font ces deux opérations séparément. A l'exemple de SCHRÖDER (3), nous préférons les combiner de façon à provoquer des adhérences solides entre le col et la paroi vaginale antérieure. SCHRÖDER opère de la façon suivante : après avoir convenablement nettoyé le champ opératoire, il accroche la lèvre postérieure du col avec une pince de MUZEUX et il attire le prolapsus en bas et en avant. Cela fait, il pratique, avec les ciseaux ou le bistouri, deux incisions, une à droite et une à gauche, intéressant toute l'épaisseur du col : ces incisions sont écartées de telle façon qu'il suffit de les prolonger en avant pour tracer le lambeau d'avivement sur la paroi vaginale antérieure. Il excise alors de la lèvre postérieure du col un fragment conique et il réunit aussitôt les bords de la plaie par des

(1) SIMON, *Prager Vierteljahrschr*, 1867.

(2) SIMS, *Gebärmutterchirurgie*.

(3) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. III, p. 424.

sutures ; au lieu de couper les fils, il les utilise pour tendre la paroi vaginale antérieure dans le sens de sa longueur.

L'avivement vaginal commence sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous du bulbe uréthral. A partir de ce



Fig. 66. — Colporraphie antérieure d'après la méthode de SCHREDER.

point, on trace deux incisions elliptiques aboutissant aux incisions qui divisent le col, à droite et à gauche. A la surface interne de la paroi cervicale antérieure, ces deux incisions se réunissent, à 1 ou 1 1/2 centimètre du bord libre de la lè-

vre antérieure du col. La figure 66 représente ces dispositions : les incisions se réunissent en haut au point *a*, situé près du méat urinaire, et elles se rejoignent en bas au point *b*, à l'intérieur même du canal cervical. On saisit alors la pointe du lambeau avec une pince et on l'isole par la dissection ; on attire cette extrémité en bas et on décolle le lambeau, à l'aide des doigts, sur toute son étendue ; au besoin, on pourra s'aider des ciseaux ou du bistouri.

Pour détacher le lambeau vaginal, MARTIN l'enroule sur une tige munie de pointes acérées.

HEGAR emploie volontiers le clamp connu sous le nom de forcipresseur de CHÉRON (1). Il fait d'abord à l'aide de quelques pinces tire-balles un pli longitudinal sur la paroi vaginale antérieure, puis il applique le forcipresseur (fig. 67) à la base de ce pli. Il passe ensuite au-dessous de l'instrument une série de sutures et il excise le pli avec un bistouri, entre les fils à sutures et le clamp. Les fils sont alors noués. On peut du reste fort bien se passer de cet appareil qui est assez compliqué. S'il y a des vaisseaux qui donnent du sang, on les saisit avec des pinces hémostatiques et on les lie au besoin avec du catgut. On égalise la surface saignante avec des ciseaux.

J'ai l'habitude de faire la suture de la plaie d'avivement vaginal avant d'exciser le fragment conique de la lèvre antérieure du col. Si on préfère pratiquer cette opération immédiatement, il convient de suturer en premier lieu par des fils profonds les deux lèvres de la plaie du col, parce qu'elles saignent toujours abondamment.

Il est un précepte que j'ai déjà énoncé précédemment et sur lequel je désire appeler encore une fois toute l'attention du lecteur : c'est qu'il faut *éviter avec le plus grand soin*, dans toute opération plastique, de faire sur les surfaces avivées des

(1) LEBLOND, *Chirurgie gynécologique*, p. 322 et *Gazette des hôpitaux*, 1876.

irrigations avec des solutions *antiseptiques fortes*. Le succès de ces opérations dépend tout entier de la réunion par première intention ; or nous savons que les solutions désinfec-

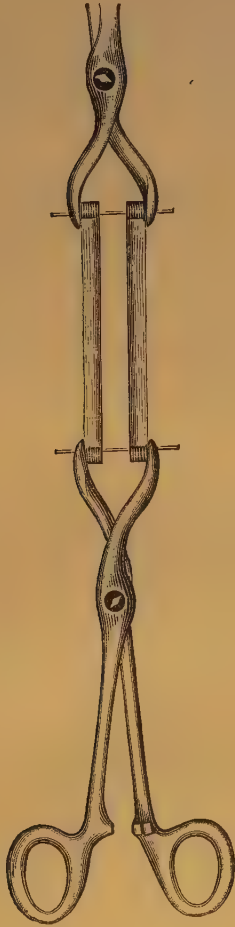


Fig. 67. — Clamp à forcipressuré de CHÉRON.

tantes concentrées entravent l'énergie vitale des tissus. Pour laver les plaies, on se servira donc exclusivement d'eau distillée ou filtrée.

Le dernier temps de l'opération consiste à appliquer les *sutures*. Ici, comme pour l'opération de la déchirure complète du périnée, le fil d'argent, le crin de Florence, la soie et le catgut sont en concurrence. Si on fait la suture entrecoupée, on placera à 1 ou 1/2 centimètre de distance des fils profonds, embrassant toute l'étendue de la plaie (fig. 68); entre deux sutures profondes, on met un fil superficiel, pour assurer la coaptation plus parfaite des lèvres de la plaie, il est difficile de dire jusqu'à quel point il faut serrer les fils; c'est là avant tout une question d'habitude.

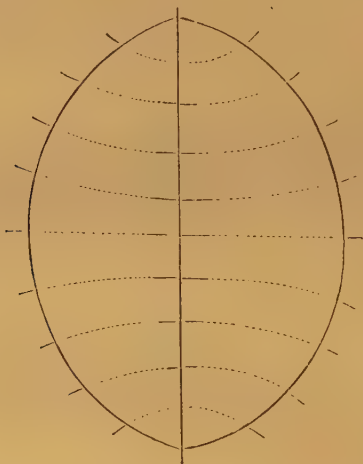


Fig. 68. — Suture entrecoupée dans la colporrhaphie.

Pour les sutures, je me suis d'abord servi exclusivement de fil de soie; en 1880, j'ai eu recours, comme WERTH, aux sutures perdues au catgut; depuis 1883, j'emploie constamment, à l'exemple de SCHEDE, la suture continue au catgut. Toutefois, pour réunir les lèvres de la plaie du col, je prends des fils de soie, parce que la tension y est parfois très forte et qu'il faut à tout prix fermer les vaisseaux qui donnent du sang.

La *suture continue au catgut* se fait de la manière suivante : on commence à l'angle supérieur de la plaie, on place une première série d'anses de catgut dans la profondeur de la plaie jusque tout près du col, puis une seconde plus superficielle en retournant vers l'angle supérieur de l'avivement et on finit par adosser les bords de la plaie par une série d'anses de fil superficielles. La suture des lèvres de la plaie du col se pratique soit avant, soit après la suture de l'avivement vaginal.

La *colporraphie postérieure* est rarement pratiquée isolément : on fait presque toujours la *colpopérinéorrhaphie*. Cependant il peut arriver que les parties supérieures de la paroi postérieure du vagin soient seules relâchées, sans que le plancher périnéal soit entamé. Il se peut aussi, lorsque le prolapsus est très volumineux, que la plaie de la colpopérinéorrhaphie doive occuper une étendue telle qu'il semble plus prudent de pratiquer la colporraphie postérieure à part. Le procédé opératoire est identique à celui de la colporraphie antérieure. On étalera le champ opératoire à l'aide d'écarteurs latéraux, on saisira la muqueuse prolabée avec des pinces à érignes et on tracera un lambeau ovale à commencer du cul-de-sac postérieur du vagin jusque près de la commissure postérieure de la vulve (fig. 68). Avivement et suture comme pour la colporraphie antérieure.

La *colporraphie médiane* a pour but, non pas de rétrécir le diamètre du canal vaginal, mais de provoquer la soudure de la paroi antérieure avec la paroi postérieure du vagin et de mettre ainsi obstacle au prolapsus. Proposée d'abord par GÉRARDIN (1), et adoptée ensuite par SPIEGELBERG (2) et LEFORT (3), cette opération a été vivement préconisée par NEUGEBAUER (4). Elle consiste à pratiquer, vers le milieu de

(1) *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1825.

(2) *Berl. kl. Wochenschr.*, 1872, n° 21.

(3) *Bulletin de thérap.*, 1887.

(4) *Kolporrhaphia mediana* : *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, nos 1 et 2.

la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin, des surfaces d'avivement allongées et à les réunir ensuite par des sutures profondes (fig. 69).

Colpopérinéorrhaphie. — La colpopérinéorrhaphie ou *colpopérinéauxèse*, la plus importante des opérations que nous venons de passer en revue, permet de rétrécir à la fois le canal vaginal et l'orifice d'entrée du vagin ; elle a surtout



Fig. 69. — Colporrhaphie médiane.

l'avantage de procurer un plancher pelvien solide et résistant.

Le procédé de SIMON consistait à aviver sur la paroi postérieure du vagin et de la vulve, une surface ayant la forme d'un trapèze (fig. 70 *a*), dont la base, répondant à la fourchette, avait 5 à 6 cent. de largeur. Cette forme d'avivement présente plusieurs inconvénients : les sutures sont difficiles

à appliquer sur la partie supérieure de la plaie ; si le relâchement de la paroi postérieure du vagin est très avancé, l'avivement de SIMON ne remonte pas assez haut ; enfin,

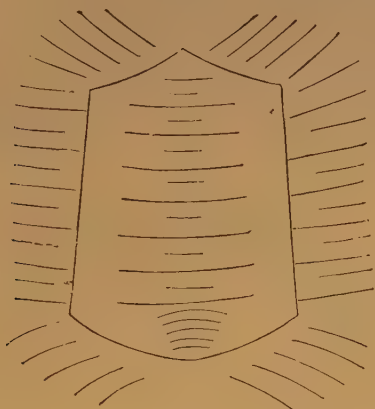


Fig. 70 a. — Avivement en trapèze pour la colpopérinéorrhaphie.

comme la surface d'avivement a partout la même largeur, la tension des lèvres de la plaie à proximité de l'entrée du vagin est beaucoup trop forte. Pour parer à tous ces désavan-



Fig. 70 b. — Avivement triangulaire pour la colpopérinéorrhaphie.

tages, HEGAR a proposé de donner à l'avivement une forme triangulaire (fig. 70 b).

Dans les cas légers, il suffit d'aviver un triangle présen-

tant de 4 à 5 centimètres de largeur à sa base, et une hauteur de 5 centimètres. Quand le prolapsus est très volumineux, la base pourra mesurer 8 cent. et la hauteur s'élever jusqu'à 9 centimètres.

Même avec l'avivement triangulaire de HEGAR, on provoque une tension beaucoup *trop forte* des bords de la plaie vaginale, surtout si le prolapsus est volumineux ; cette tension est à son maximum de chaque côté de la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin, là où la paroi postérieure du vagin confine aux parois latérales. D'autre part, c'est précisément à cet endroit qu'on est exposé à ouvrir de grosses veines qui donnent des hémorrhagies abondantes.

Pour ces raisons, je préfère tracer les incisions vaginales plus en dedans ; au niveau du périnée on peut élargir ces incisions à volonté sans avoir à craindre une trop forte tension des bords de la plaie au moment de la suture (fig. 71). Le procédé d'avivement de FRITSCH présente des modifications analogues.

Avant de décrire la technique opératoire, qui est du reste la même pour tous les procédés d'avivement, il me reste à dire quelques mots des méthodes de BISCHOFF, MARTIN et WINCKEL (voir chap. VIII, § 3). BISCHOFF et MARTIN sont partis de cette idée que l'avivement médian ne permet pas d'enlever une largeur suffisante de tissus sans exposer les bords de la plaie à une tension excessive ; ils tiennent, d'autre part, compte de ce fait que les déchirures se produisent le plus souvent sur les côtés de la colonne vaginale postérieure et ils cherchent à respecter la partie moyenne intacte de la paroi postérieure du vagin. L'un et l'autre conservent un lambeau médian, et ils pratiquent l'avivement de part et d'autre de ce lambeau. La différence entre leurs procédés, consiste en ce que MARTIN (1) laisse le lambeau vaginal en place, tandis que BIS-

(1) MARTIN, *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. VARNIER et WEISS, p. 172. G. Steinheil. Paris, 1889.

CHOFF (1) le détache des tissus sous-jacents, l'attire en bas et le réunit aux incisions latérales de manière que la pointe de ce lambeau représente la commissure antérieure du nouveau périnée.

La méthode de WINCKEL consiste à détacher de la paroi postérieure du vagin, près de l'orifice vulvaire, un lambeau de muqueuse de 2 centimètres de hauteur et de 10 à 12 centimètres



Fig. 71. — Avivement de HOFMEIER.

de largeur. Ce lambeau est coupé en deux sur la ligne médiane; les deux bandes de muqueuse qui résultent de cette section sont raccourcies de part et d'autre et réunies de nouveau au-dessus de la plaie qu'elles recouvrent à la manière d'un pont. WINCKEL réunit alors, par des fils profonds placés à partir

(1) *Frauenkrankheiten*, p. 239.

du périnée, les deux surfaces d'avivement latérales, auxquelles il ajoute par quelques fils superficiels les lambeaux raccourcis de muqueuse vaginale. Cette opération aboutit à rétrécir d'un tiers l'orifice d'entrée du vagin.

Je décrirai en détail la *colpopérinéorrhaphie* de SIMON-HEGAR à laquelle j'ai toujours donné la préférence.

La malade sera étendue dans le décubitus ordinaire de la taille ; il convient de recourir à l'anesthésie, car la muqueuse de l'orifice d'entrée du vagin est très sensible. Les précautions antiseptiques à prendre ont été décrites au chap. II. Au cours de l'opération, les irrigations seront faites exclusivement avec de l'eau distillée ou stérilisée.

Si le prolapsus est fort volumineux on peut pratiquer l'avivement sans réduction préalable : pour tendre la muqueuse prolabée, il suffit alors d'attirer le col fortement en haut à l'aide d'un fil. Mais quand la chose est possible, il est préférable de réduire d'abord les organes prolabés et d'opérer *in situ*. On se sert d'écarteurs latéraux pour bien découvrir la paroi postérieure du vagin : on saisit alors la muqueuse vaginale, aussi haut que possible, sur la ligne médiane, à l'aide d'une pince tire-balles, et on tend la muqueuse de haut en bas, en exerçant sur la pince une traction continue en haut et en avant. Deux autres pinces à ériges saisiront la muqueuse de chaque côté de la colonne postérieure du vagin ; en dehors, elles tendent le champ opératoire de droite à gauche. On mettra encore deux pinces à la partie inférieure des grandes lèvres pour indiquer les points jusqu'auxquels l'avivement doit s'étendre en dehors.

On pratique alors à partir du point le plus élevé, situé sur la ligne médiane, jusqu'à la base des grandes lèvres, deux incisions légèrement concaves en haut et en dehors, puis on réunit les deux extrémités inférieures de ces incisions par une troisième incision semi-lunaire, parallèle à la fourchette. On saisit le sommet du lambeau avec une pince et on l'isole avec

le bistouri; quand cette extrémité est libre, on l'attire en bas et on détache le lambeau des tissus sous-jacents en exerçant sur lui des tractions, aidées çà et là du bistouri.

En cas de rectocèle volumineuse, on évitera avec soin de blesser le rectum. Quand le décollement est à peu près complet, on achève l'avivement en glissant un bistouri à double tranchant dans l'incision cutanée sous le lambeau et en détachant les tissus encore adhérents, par quelques coups de bistouri. L'hémorrhagie, en partie artérielle et en partie veineuse, est d'ordinaire *assez abondante*; quand des vaisseaux volumineux donnent du sang, on les saisit dans des pinces ou on les lie avec du fil de catgut.

Si on pratique la *suture* de la plaie avec des fils non résorbables, il faut placer des sutures du côté du vagin et du périnée. Les fils seront alternativement profonds et superficiels (voir chap. VIII, § 3). A la partie inférieure du vagin, la tension des tissus est souvent excessive, si on les embrasse dans une seule suture. Pour éviter cet inconvénient, j'ai recours depuis plusieurs années à la *suture perdue au catgut*.

Je ferme d'abord la plaie vaginale par trois étages de suture continue au catgut; il ne reste plus alors qu'une simple plaie de périnéorrhaphie dont je réunis les lèvres par deux séries de sutures perdues et une série de fils superficiels en catgut.

Avant de commencer la suture, je passe au-dessous du fond de la plaie du périnée un fil de soie ou un fil double en catgut pour fixer sur la ligne des sutures, à la fin de l'opération, un large tampon de gaze iodoformée. Finalement je lave la cavité du vagin avec une solution antiseptique forte, je saupoudre ses parois avec de l'iodoforme et j'y introduis une mèche de gaze iodoformée.

La suture, telle que nous venons de la décrire et telle que nous l'employons depuis plusieurs années, doit évidemment

se modifier un peu, suivant le procédé d'avivement auquel on a recours.

La suture proposée par BISCHOFF est extrêmement compliquée. On commence par fixer le lambeau médian, formé par la colonne vaginale postérieure, de manière que son sommet corresponde à la nouvelle commissure postérieure de la vulve. On continuera en appliquant des fils périnéaux qui seront en argent et qui embrasseront toute l'épaisseur du périnée. Quelques-uns de ces fils seront passés à travers le lambeau. Plus tard, BISCHOFF a employé la suture en étages avec du fil de catgut.

Si on a eu recours à la méthode de MARTIN, on commencera par réunir les bords des surfaces d'avivement situées de part et d'autre de la colonne postérieure du vagin ; pour le reste, la suture de MARTIN ne diffère pas de la suture ordinaire.

Nous avons déjà décrit le procédé de suture suivi par WINCKEL.

Traitement consécutif. — Le traitement consécutif sera avant tout expectant. Si la plaie est parfaitement suturée et si l'opération a été pratiquée dans les conditions voulues d'asepsie, il n'est pas nécessaire de changer de pansement. Beaucoup d'opérateurs s'abstiennent de pratiquer des injections et des irrigations. Pour notre part, nous recouvrons soigneusement la ligne des sutures avec de l'iodoforme et de la gaze iodoformée et nous n'y touchons plus avant le sixième ou huitième jour.

Si on s'est servi de *soie*, on enlèvera les fils, ou tout au moins les fils périnéaux, du sixième au huitième jour, pour éviter qu'ils ne coupent les tissus et ne se chargent des sécrétions de la plaie. Les fils métalliques peuvent rester plus longtemps. Le catgut présente cet immense avantage qu'on n'a plus à s'inquiéter des sutures. Pour ce qui regarde les fils de soie placés dans le col, on ne les enlèvera qu'après

plusieurs semaines, alors que tout le reste sera guéri.

Une fois l'opération terminée, l'essentiel est de laisser dans le *plus parfait repos* les tissus réunis par la suture. Cette condition est facile à remplir pour la paroi postérieure du vagin ; il n'en est pas de même à la paroi antérieure, où des tiraillements se produisent fatalement, tant à cause des alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie que des changements incessants de la pression intra-abdominale. C'est à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin que les bords de la plaie cèdent avec le plus de facilité.

Pour éviter ces tiraillements, on prescrira aux opérées le repos absolu dans une position toujours la même ; je conseille même de leur faire prendre la position latéro-abdominale dans le but d'éviter les effets nuisibles exercés sur la paroi antérieure du vagin par les changements de la pression intra-abdominale. Il ne sert à rien de lier les genoux de l'opérée. Quand elle le peut, elle doit uriner seule et souvent. Pour éviter l'accumulation de matières fécales solides dans l'ampoule rectale, on ne permettra, pendant les quinze premiers jours qui suivent l'opération, que des aliments liquides, de facile et complète digestion. De plus on prescrira tous les deux jours un léger laxatif, pour obtenir des selles faciles et régulières. Il est clair que les résultats définitifs de l'opération seront d'autant meilleurs que les cicatrices seront plus solides et plus résistantes. L'opérée gardera le lit le plus longtemps possible, au minimum deux ou trois semaines et elle évitera pendant longtemps toutes les fatigues physiques.

Résultats. — Quant au résultat de l'opération, il faut distinguer entre le résultat immédiat et le résultat définitif. Grâce aux progrès de l'antisepsie et de la technique opératoire, le *résultat immédiat* de l'opération est en général parfait. La colpopérinéorrhaphie est fort peu dangereuse ; il est rare

qu'elle donne lieu à de la fièvre pendant deux à trois jours. L'hémorrhagie n'est pas très abondante et les sutures l'arrêtent promptement et sûrement. Si on a des assistants habiles à sa disposition, les colpopérinéorraphies les plus étendues ne durent pas d'ordinaire plus d'une heure. L'opération n'exige en somme que trois à quatre semaines de repos ; la réunion par première intention est la règle et les effets plastiques immédiats sont excellents.

Je puis donner des détails précis sur 96 opérations que j'ai pratiquées moi-même : pour les premières, je me suis servi exclusivement de soie ; pour les 35 suivantes, j'ai eu recours aux sutures perdues de catgut en employant la soie pour les sutures superficielles ; depuis 1884, j'ai employé la suture continue au catgut. Bien que SCHROEDER et mes collègues pratiquassent de temps en temps des opérations de ce genre, ce chiffre est cependant peu élevé eu égard au nombre considérable des malades qui se présentent à la clinique de Berlin ; la raison de ce fait est que nous n'avons recours à l'intervention chirurgicale que dans les cas de prolapsus extrêmement volumineux et compliqués d'autres lésions des organes voisins. Comme tout opérateur au début, j'ai eu un certain nombre d'insuccès, que j'attribue à la défectuosité de la suture et de l'antisepsie. Aucune de mes opérées n'a succombé à l'opération, mais, dans le principe, j'en ai observé un certain nombre qui ont eu de la fièvre pendant quelques jours.

Depuis l'année 1882, époque à laquelle j'ai employé les précautions antiseptiques décrites dans le chapitre II, je n'ai plus que fort rarement observé des mouvements fébriles, après mes opérations. La réunion linéaire a été obtenue dans la grande majorité des cas ; mais alors même que la réunion n'a pas été aussi parfaite, l'effet plastique a été excellent. Ces résultats, obtenus avec la méthode de SIMON-HEGAR, sont d'autant plus remarquables que la plupart de mes opérations

ont été pratiquées dans les conditions les plus désavantageuses, et je n'hésite pas à soutenir qu'aucun autre procédé ne fournirait des résultats plastiques comparables à ceux que j'ai obtenus.

Après cinq années de succès immédiats ininterrompus, je viens d'avoir à Giessen un insuccès complet: toute la plaie de la colpopérinéorrhaphie se rouvrit. J'attribue cet échec à cette circonstance que j'avais opéré, le jour précédent, un myome gangréneux et que je me suis servi par mégarde, pour ma colpopérinéorrhaphie, de solutions phéniquées beaucoup trop concentrées.

Je fais remarquer aussi, que depuis cinq années, je fais dans une même séance l'amputation du col, la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie.

Il n'en est pas tout à fait de même des *résultats éloignés* de l'opération. J'ai vu bon nombre d'opérées être encore complètement guéries après des années, mais j'en connais d'autres chez lesquelles le résultat définitif était beaucoup moins satisfaisant. Si la cause du prolapsus réside dans le relâchement des ligaments d'attache de l'utérus, la colpopérinéorrhaphie ne saurait donner de guérison durable: l'accident se reproduit à la longue, bien que l'opération ait parfaitement réussi. Cependant, même alors, l'intervention opératoire n'est pas inutile: si elle ne procure pas de *guérison parfaite*, elle permet tout au moins — et c'est là un avantage considérable — d'obtenir une réduction permanente du prolapsus par l'emploi d'un simple petit pessaire. Il n'est pas rare de voir le prolapsus de la paroi antérieure du vagin se reproduire; pour ma part, j'ai été assez souvent dans l'obligation d'appliquer un pessaire pour arrêter la reproduction de la chute de la paroi vaginale antérieure.

Le *pronostic* de l'opération est des plus favorables lorsque le prolapsus reconnaît pour cause le relâchement du plancher périnéal.

Tout ce que je viens de dire sur le résultat final de la colpopérinéorrhaphie s'applique exclusivement au procédé opératoire de SIMON-HEGAR, le seul que j'aie employé. HEGAR aussi a obtenu un grand nombre de succès. J'ai observé un certain nombre d'excellents résultats, obtenus par la méthode de MARTIN. Les procédés de NEUGEBAUER et LE FORT sont aussi à conseiller, à en juger d'après les observations qui ont été publiées; mais personnellement, je n'ai aucune expérience à cet égard. Ce genre d'opérations a l'inconvénient de mettre obstacle à l'activité sexuelle. En règle générale, la récurrence est surtout à craindre lorsqu'il survient une grossesse peu de temps après l'opération. Je puis citer à cet égard deux cas que j'ai observés : la colpopérinéorrhaphie avait bien réussi et malgré cela il se développa un prolapsus, peu considérable il est vrai, des parties supérieures du vagin. L'accouchement fut normal.

Dans le cas de prolapsus volumineux, quelques chirurgiens ont eu recours à l'*extirpation totale de l'utérus par le vagin*, et à la *ventrofixation de l'utérus après laparotomie* (voir § 18).

En ce qui concerne la première de ces deux opérations, je tiens à faire remarquer que, malgré une expérience déjà très étendue, je n'ai pas observé un seul cas où l'extirpation de l'utérus fût indispensable; j'ai toujours pu me tirer d'affaire par des procédés plus simples et moins dangereux.

Pour ce qui regarde la ventrofixation de l'utérus, j'ai eu plusieurs fois l'occasion, dans le cours de laparotomies pratiquées dans un autre but, de suturer le fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure. Le prolapsus, qui existait avant l'opération, ne se reproduisit pas. Une fois cependant, il survint une chute de la paroi vaginale postérieure qui me força de recourir à la colporraphie postérieure. Il est évident que l'hystérorraphie ne saurait avoir d'influence sur le relâchement des parties molles du plancher périnéal.

§ 7. — Opérations des fistules vaginales.

Si la vessie et le rectum, par les modifications incessantes qu'ils subissent dans leur forme et leur situation, jouent un rôle important dans la production des déplacements des parois vaginales, inversement les traumatismes portant sur la surface interne du vagin, peuvent blesser directement ces deux viscères et provoquer des lésions de continuité de leurs parois. La vessie et le rectum ont pour fonction de porter à l'extérieur les substances qui n'ont pas été employées ou qui n'ont subi qu'une assimilation incomplète dans l'organisme. Toute solution de continuité siégeant au-dessus du muscle qui maintient l'occlusion de ces viscères provoque un écoulement continu et involontaire de ces substances excrémentitielles (urine, matières fécales); de là des inconvénients qui expliquent l'importance attribuée de tout temps aux fistules du canal génital de la femme.

A. — FISTULES URINAIRES.

Sous cette dénomination, nous comprenons non seulement les fistules urinaires aboutissant au vagin, mais tous les trajets de communication entre le *système uropoïétique* et le canal génital.

Étiologie. — Dans l'immense majorité des cas, la fistule urinaire se produit à la suite d'un traumatisme partant du vagin : accouchement laborieux, intervention mal dirigée. Plus rarement, la perforation est due à une ulcération cancéreuse, à la présence d'un calcul etc. Les fistules *cancéreuses*

sont inopérables, et celles qui résultent d'une ulcération envahissante sont fort rares. Il ne nous reste donc à considérer que les fistules d'origine *traumatique* ; parturition difficile, plus rarement intervention opératoire maladroite, et dans certains cas, tout à fait exceptionnels, compression prolongée due à la présence d'un pessaire (1).

Variétés de fistules urinaires. — La paroi qui sépare le canal génital des voies urinaires peut être perforée en différents points, et nous pouvons avoir des *fistules uréthro-vaginales*, *vésico-vaginales*, *urétéro-vaginales*, *vésico-utérines* ou *vésico-cervicales* et dans certains cas rares des fistules *urétéro-utérines*, lorsque l'uretère s'abouche directement dans la cavité du col de la matrice. Dans quelques cas, plusieurs de ces variétés se combinent ; on peut, par exemple, trouver chez le même sujet une *fistule vésico-vaginale* et *vésico-utérine*. Si la lèvre antérieure du col forme le bord supérieur de la fistule, tout en étant intacte, la *fistule vésico-utéro-vaginale* est dite *superficielle*. Elle est *profonde*, si la lèvre antérieure du col est entamée de façon à ce que l'orifice fistuleux s'ouvre à la fois dans le vagin et dans le col.

Symptômes. — Toutes ces variétés de fistules produisent des symptômes assez analogues, mais leur importance au point de vue pratique diffère énormément. Les fistules uréthro-vaginales, étant situées au-dessous du sphincter de la vessie, n'ont pas de suites bien fâcheuses ; les fistules vésico-vaginales et vésico-cervicales, grâce aux progrès des méthodes opératoires, constituent une infirmité, pénible il est vrai, mais facile à guérir ; au contraire, la cure opératoire des fistules urétéro-vaginales et urétéro-cervicales se heurte à des difficultés presque insurmontables.

(1) J'ai observé deux fois et MARTIN trois fois des fistules vésico-vaginales très étendues à la suite du séjour prolongé d'un pessaire de ZWANCK.

La méthode opératoire est sensiblement la même dans tous les cas. SIMON, le premier, en a établi les principes, dans sa monographie classique sur « *l'opération des fistules vésico-vaginales par l'avivement et la suture* » (Rostock, 1862).

Traitement préparatoire. — Inutile dans les cas simples, le *traitement préparatoire* est indispensable quand il existe des brides cicatricielles étendues, des rétrécissements du vagin qui empêchent d'arriver à la fistule, ou quand les bords de l'ouverture et les tissus qui l'avoisinent sont rigides et

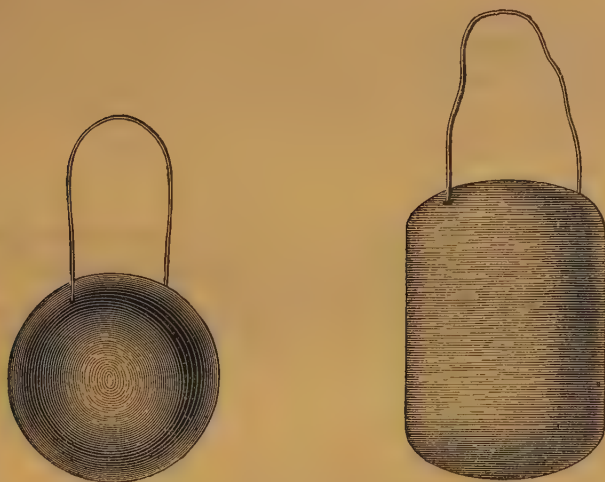


Fig. 72 a. — Boule en gomme durcie. Fig. 72 b. — Cylindre en gomme durcie.

indurés au point de rendre l'intervention immédiate impossible. On peut alors préparer le terrain, soit par la méthode lente et graduelle de BOZEMAN (1), soit par la dilatation rapide proposée par SIMON.

Le traitement préparatoire de BOZEMAN, modifié plus tard

(1) *Remarks on vesico-vaginal fistula*, 1886. Voir aussi WINCKEL : *Krankheiten der weibl. Harnröhre und Blase*, II Aufl. Stuttgart, 1885,

par BANDL (1) et PAWLIK (2), fournit d'excellents résultats. Pour ma part, j'y ai maintes fois eu recours avec un succès complet. Ce procédé consiste à distendre graduellement les tissus cicatriciels, en faisant dans leur épaisseur des incisions et en maintenant largement ouvert le canal vaginal au moyen de boules et de cylindres de gomme durcie (fig. 72 *a* et *b*). Des douches vaginales chaudes longtemps prolongées et souvent répétées contribuent à ramollir les tissus indurés. Ces manœuvres doivent être prolongées pendant des semaines et des mois. Un inconvénient fréquent est que les cylindres de gomme durcie ne tiennent pas bien dans le vagin, si, comme il arrive souvent, l'entrée du vagin a été largement déchirée par les accouchements antérieurs. Dans deux cas fort difficiles qui se sont présentés tout récemment à mon observation, je me suis fort bien trouvé, pour dilater le vagin, d'un tamponnement prolongé à la gaze iodoformée.

HEGAR donne la préférence à la dilatation rapide de SIMON ; cette méthode consiste à inciser ou à déchirer les tissus cicatriciels et à distendre ensuite violemment le canal vaginal. D'après mon expérience personnelle, j'ai plutôt recours au procédé de BOZEMAN. La méthode de SIMON exige, d'autre part, que la muqueuse vaginale ne soit pas altérée dans sa structure.

Époque de l'opération. — A quel moment faut-il opérer ? Cette question est résolue le plus souvent par le fait que les malades n'arrivent généralement chez le chirurgien que longtemps après le début des accidents, et qu'un traitement préliminaire de plusieurs semaines est parfois nécessaire. Si l'opérateur a le choix du moment, je trouve, comme HEGAR, qu'il est bon d'intervenir dès la sixième ou la huitième semaine après l'accouchement. Si on attend trop longtemps, les bords de la

(1) BANDL, *Zur Operation der Scheidenblasen fisteln*. Wien, 1878.

(2) PAWLIK, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 8.

fistule deviennent durs, difficiles à mobiliser, peu vasculaires. Il m'est arrivé d'opérer avec succès, trois à quatre semaines après l'accouchement, une fistule vésico-vaginale assez large pour admettre le pouce. Une autre fois, je suis parvenu à guérir par première intention une fistule qui venait d'être opérée sans résultat et dont les bords étaient encore recouverts de bourgeons charnus et gorgés de sang. Il faut donc intervenir à une époque où les lèvres de la fistule sont encore bien vasculaires, bien vivaces, pourvu que les tissus soient assez solides pour servir de point d'appui aux sutures.

Opération. — SIMS (1), SIMON et BOZEMAN ont démontré que le point capital, dans l'opération des fistules urinaires, était de *bien découvrir* la fistule, de *bien aviver* et de *bien suturer*.

1^{er} Temps. — Le premier temps de l'opération consiste à *découvrir la fistule*. Les échecs des anciens chirurgiens dépendaient des difficultés qu'ils éprouvaient à mettre le champ opératoire à portée du bistouri ; aussi la découverte du spéculum de Sims fut un progrès immense surtout au point de vue de l'opération des fistules urinaires. Le décubitus de la malade importe assez peu : BOZEMAN et NEUGEBAUER (2) opèrent dans la position gènu-pectoral, Sims préfère le décubitus latéro-abdominal, SIMON le décubitus dorso-sacré. Le fait est que dans toutes ces positions, on peut aboutir, à l'aide d'appareils appropriés, à rendre la fistule bien accessible.

Dans le décubitus *gènu-pectoral*, la pression intra-abdominale devient négative, la cavité vaginale se distend par l'air et la fistule devient accessible à la vue et aux instruments. Cette position rend de précieux services lorsque la fistule est très élevée au-dessus de la symphyse. Sans doute, ce décubitus devient, à la longue, très pénible pour les malades,

(1) SIMS. *On the treatment of vesico-vaginal fistula*, 1852.

(2) NEUGEBAUER : *Annales de gynécologie*. Paris, 1884.

mais il est loin d'être intolérable, comme le prouvent les résultats heureux de BOZEMAN et NEUGEBAUER. La position *latéro-abdominale* est beaucoup mieux supportée par les femmes et elle permet de recourir à l'anesthésie. Mon expérience personnelle ne me permet pas de dire lequel de ces deux décubitus mérite la préférence au point de vue de la facilité opératoire, attendu que j'ai presque toujours opéré dans le décubitus *dorso-sacré* préconisé par SIMON.

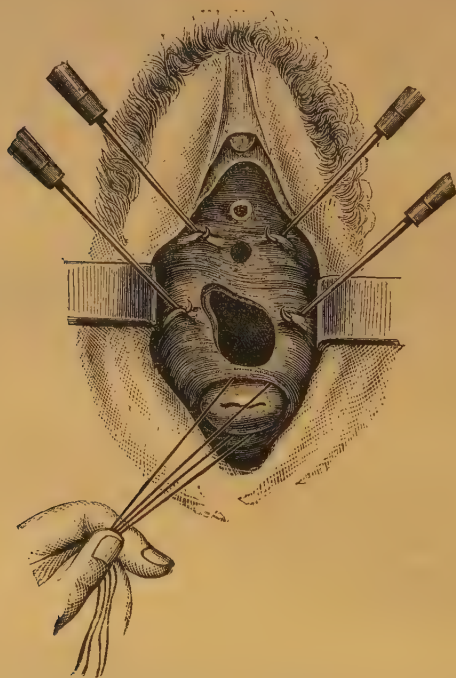


Fig. 73. — Procédé de SIMON pour maintenir le col abaissé pendant l'opération de la fistule.

L'anesthésie n'est pas indispensable, car l'opération n'est pas très douloureuse par elle-même ; elle a cependant l'avantage de maintenir les malades dans un repos absolu.

On a imaginé des appareils fort compliqués pour rendre la

fistule plus accessible et tendre le champ opératoire. BOZEMAN emploie un spéculum bi-valve et NEUGEBAUER un spéculum trivalve, qui tiennent d'eux-mêmes dans le vagin. Ces instruments peuvent rendre service quand on n'a pas un nombre d'aides suffisant à sa disposition. Nous nous servons exclusivement des valves et des écarteurs de SIMON (fig. 7 et 8), mais alors il est presque toujours indispensable d'accrocher

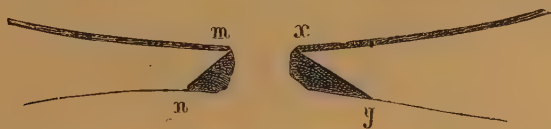


Fig. 74. — *mn*. Avivement de SIMON ; *xy*. Avivement de BOZEMAN et SIMS.

et d'abaisser l'utérus au moyen de pinces de MUZEUX, de pinces tire-balles américaines ou de crochets aigus. Pour attirer l'utérus en bas (fig. 73) SIMON se sert d'anses de fil, passées à travers le col ; ces fils prennent beaucoup moins de place que les pinces. Il est encore souvent très utile, pour tendre les bords de la fistule, de saisir et d'attirer à l'aide de petits crochets ou de pinces tire-balles, la muqueuse qui avoi-



Fig. 75. — Couteau coudé pour l'avivement des fistules profondes.

sine l'ouverture fistuleuse. On peut aussi, comme le conseille HEGAR, faire saillir en avant la fistule en se servant d'un cathéter introduit dans la vessie.

2^e Temps. — Par l'*avivement*, on se propose d'obtenir deux lèvres larges, unies et bien saignantes. Peu importe que la muqueuse vésicale ait été entamée ou non. Il existe deux

procédés d'avivement: l'avivement en cône à base étroite (SIMON) (fig. 74, *mn*), et l'avivement en cône à base large, préconisé par BOZEMAN, SIMS etc. (fig. 74 *xy*). On commence par dessiner le contour de l'avivement en faisant avec un scalpel

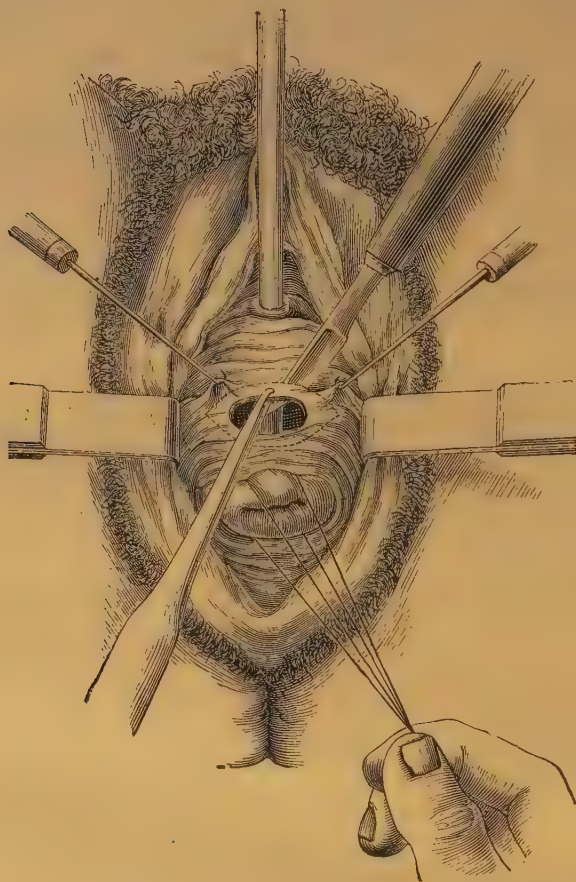


Fig. 76. — Excision des bords de la fistule d'après SIMON.

une incision circulaire, à 5 millimètres environ de distance du bord de la fistule. Quand la fistule est bien accessible, on se servira d'un scalpel ordinaire; quand elle siège profondément, on aura recours à des couteaux coudés suivant diffé-

rentes directions (fig. 75). S'il est possible, on introduit le couteau dans l'incision qu'on vient de dessiner, et on le fait pénétrer sous la muqueuse vaginale, pour le faire sortir tout près du bord de la fistule ; puis lentement, et à longs traits, on coupe les tissus en suivant pas à pas le contour de l'avivement (fig. 76 d'après SIMON). Une condition essentielle pour l'avivement est que le tranchant du couteau soit parfaitement effilé. Quand la fistule est bien apparente, on réussit parfois à exciser tout le bord de la fistule d'un seul trait : on évite ainsi sûrement de laisser des ilots de muqueuse saine sur la plaie. Si on avait le moindre doute sous ce rapport, il faudrait étancher la plaie avec soin et exciser les petits lambeaux de muqueuse qu'on aurait pu apercevoir :



Fig. 77. — Ciseaux à double courbure de BOZEMAN.

mieux vaut enlever trop que trop peu. Je me sers très volontiers des ciseaux deux fois courbés sur le plat et assez pointus de BOZEMAN (fig. 77), non pour pratiquer l'avivement, mais pour égaliser la plaie avant de faire la suture. Si on s'aperçoit que les tissus incisés sont de nature cicatricielle, on aura soin, ainsi que l'a conseillé SIMON, d'agrandir l'incision de manière à obtenir des lèvres bien vivaces et bien saignantes.

Un point important est de bien laver le champ opératoire pour ne pas être gêné par le sang. La compression prolongée avec de petites éponges ou de petits tampons d'ouate bien propre, montés sur de longues pinces, permet le plus souvent d'arrêter le sang ; au besoin, on dirigera sur la plaie un jet

d'eau très froide pour produire la contraction des vaisseaux. Il est bon de ne pas trop entamer la muqueuse vésicale, qui saigne très facilement et très abondamment.

Si la fistule est située aux environs du trigone de LIEUTAUD, il faudra veiller à *ne pas saisir les uretères dans les sutures*. Par une exploration attentive, on découvre parfois l'ouverture de ces canaux dans les bords de la fistule : l'urine s'échappe alors goutte à goutte de ces orifices ; on peut au besoin assurer le diagnostic en y introduisant de fines sondes. Dans ces conditions, on pratiquera l'avivement de façon à ce que l'ouverture de l'uretère soit située un peu en dedans du bord interne de la plaie. Si cela n'est pas possible, on pourra, à l'exemple de SIMON, fendre la paroi de l'uretère du côté de la vessie et utiliser la paroi externe de ce canal pour l'avivement et la suture. Si après l'opération, on voit survenir des troubles dans l'excrétion urinaire, des coliques, des vomissements etc., on devra immédiatement *enlever les sutures*.

3^e Temps. — Le troisième temps de l'opération est la *suture*. Comme l'utérus et la paroi vésico-vaginale sont plus mobiles de haut en bas que transversalement, on placera autant que possible les sutures de façon à ce que la ligne de réunion soit disposée perpendiculairement à l'axe du vagin. Il ne faut cependant pas trop tenir à ce précepte : l'essentiel est que les bords de la plaie supportent, après la réunion, la moindre tension possible. Si la fistule est très étendue, il faut pratiquer la suture dans plusieurs directions (fig. 78). L'avivement sera du reste disposé de façon à faciliter la suture : si la fistule est petite et arrondie, l'avivement sera dirigé de droite à gauche et effilé aux deux extrémités ; si elle est large et irrégulière, l'avivement suivra exactement le pourtour de la fistule : on fera alors la suture avec le moins de tension possible pour les bords de la plaie.

Le chirurgien aura à sa disposition un grand nombre d'ai-

guilles de courbure différente. Je ne trouve pas que les aiguilles très recourbées soient d'un maniement facile. Bon nombre d'auteurs donnent la préférence aux aiguilles à manche : on se sert alors d'un instrument en forme de crochet pour attirer les fils. Il faut qu'après la suture, les lèvres de la plaie soient intimement adossées sur toute leur largeur ; or, si on passe

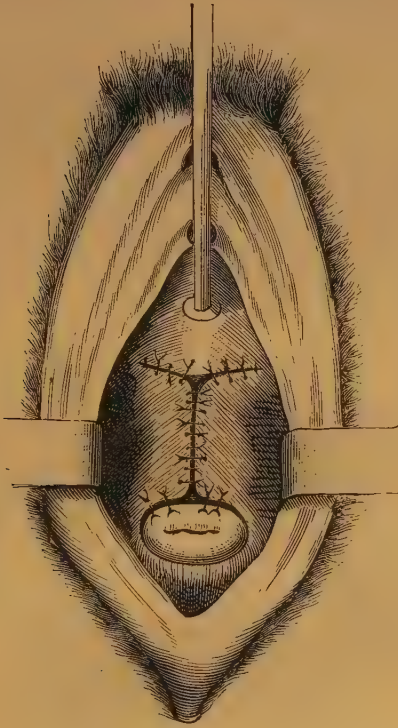


Fig. 78. — Suture à plusieurs directions pour fistule étendue.

l'aiguille de dehors en dedans, c'est-à-dire du bord externe vers le bord interne de la plaie, on risque de ne pas toujours voir l'aiguille sortir à la limite de la muqueuse vésicale et du bord interne de l'avivement. Pour éviter cet inconvénient, je préfère, à l'exemple de SIMON, armer un fil de deux aiguil-

les et faire de part et d'autre la suture de dedans en dehors : l'aiguille entre tout près du bord interne et elle sort tout près du bord externe de la plaie (fig. 79 *a*). Quant aux sutu-



Fig. 79 *a*. — Suture simple de SIMON.



Fig. 79 *b*. — Suture double de SIMON, pour fistules étendues.

res placées à grande distance des bords de l'avivement, elles peuvent servir à diminuer la tension des parties voisines, mais jamais à affronter les lèvres de la plaie. Pour réunir des fistules très étendues, SIMON place alternativement des

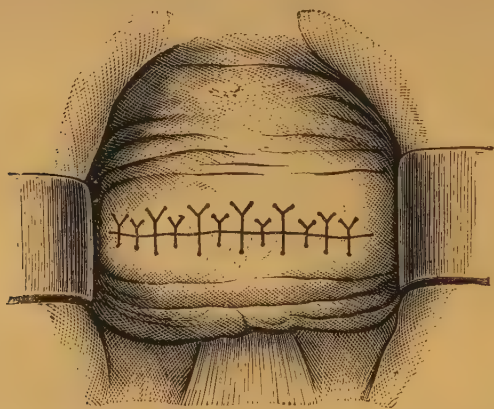


Fig. 80. — Suture double de SIMON. — Vue de la plaie réunie.

sutures d'union tout près des bords de la plaie et des sutures libératrices introduites à une certaine distance des bords de l'avivement (fig. 79 *b* et fig. 80). Les fils placés aux deux extrémités de la plaie seront situés en dehors de la fistule

proprement dite et ne saisiront que les deux lèvres de l'aviement. La distance entre les fils sera de 3 à 4 millimètres.

Fils à suture. — On a beaucoup discuté et on n'est pas encore d'accord aujourd'hui sur la nature des fils à employer pour la suture des fistules urinaires. SIMS et BOZEMAN attachent la plus grande importance à se servir de fil d'argent; HEGAR le préfère aussi à la soie, qu'employait SIMON; WINKEL a recours au crin de Florence. Je me suis longtemps servi de fil de soie; mais aujourd'hui je donne la préférence au catgut. Les fils de soie doivent être enlevés du sixième au huitième jour; or les fils de catgut résistent certainement pendant huit jours et ils présentent en outre l'avantage qu'on n'a pas à les enlever; ils ne coupent pas les tissus comme la soie; seulement ils s'imbibent et se gonflent assez vite, et il devient par là même assez difficile de les nouer.

Toutes les méthodes de suture *compliquée* sont superflues, y compris celle de BOZEMAN. La suture entrecoupée suffit dans tous les cas et on peut obtenir d'excellents résultats, quelle que soit la matière employée pour la confection du fil. Si les bords de la plaie sont très tendus, il peut être bon de placer quelques sutures en fil d'argent.

On placera tous les fils avant de les nouer. En tirant sur les fils des premières sutures, on rend parfois la fistule mieux accessible et on tend les bords de la plaie. Avant de nouer les fils, on lave et on nettoie une dernière fois les lèvres de la plaie, puis on serre les nœuds en évitant avec soin de comprendre dans les sutures la muqueuse vésicale herniée. Pour voir si les lèvres de la plaie sont intimement adossées, on pourra remplir la vessie de liquide sous forte pression; si besoin est, on appliquera une suture en plus. Les fils seront coupés courts; puis on saupoudre la ligne des sutures avec de l'iodoforme et on introduit un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Traitement consécutif — Le traitement consécutif sera aussi simple que possible. A l'exemple de SIMON, nous ne pratiquons le cathétérisme que si la malade n'est pas en état d'expulser spontanément l'urine. Au bout de huit jours, on permettra à la malade de se lever. Si on s'est servi de fils de soie, on les enlèvera après huit jours en moyenne.

Le *drainage* de la vessie est à déconseiller, parce qu'il expose la malade au catarrhe vésical. L'opérée recevra une nourriture de facile digestion.

Pour éviter les tiraillements de la plaie, à la suite de variations trop brusques de la pression intra-abdominale, nous faisons conserver à nos malades le décubitus latéro-abdominal pendant les huit premiers jours qui suivent l'opération.

Modifications de l'opération dans certains cas particuliers.

Pour ne pas dépasser les limites que j'ai tracées à mon livre, je me bornerai à signaler les modifications que doit présenter le procédé opératoire pour obvier aux *complications* qui s'observent le plus fréquemment dans la pratique.

Fistules vésico-utérines. — Le traitement opératoire des *fistules vésico-utérines* présente la plus haute importance. Je pense, comme A. MARTIN (1), que cette variété de fistules est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. Mais il est vrai d'ajouter qu'elles guérissent beaucoup plus souvent d'elles-mêmes, tant à cause de l'état particulier de leurs bords que de la tendance très marquée du tissu cervical à la rétraction cicatricielle.

Les fistules vésico-utérines sont parfois fort difficiles à découvrir : pour les voir, il faut souvent inciser le col de part et d'autre à une assez grande hauteur. L'opération consiste

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 1V, p. 320.

à exciser les bords de la fistule en entonnoir et à suturer les bords de la plaie dans le sens longitudinal. HEGAR n'a trouvé que sept exemples de cette opération dans la littérature. J'ai vu opérer et j'ai opéré moi-même un certain nombre de fistules vésico-utérines. Entr'autres, j'ai vu SCHRÖDER opérer un cas où, à la suite d'une profonde déchirure du col survenue pendant l'accouchement, une ouverture large comme le petit doigt s'était établie entre la cavité cervicale et la vessie. SCHRÖDER pratiqua l'avivement et la suture comme dans l'opération d'EMMET. La guérison fut complète.



Fig. 81. — Hystérokleisis. — Position schématique du fil pour la suture.

Hystérokleisis. — Il y a un second procédé, imaginé par JOBERT (1), qui permet de guérir les fistules vésico-utérines : c'est l'*hystérokleisis*, ou l'oblitération du canal cervical au-dessous de la fistule. Cette opération, représentée d'une façon

(1) *Traité de chirurgie plastique*, Paris, 1849.

schématique dans la figure 81, est indiqué lorsqu'il est impraticable l'avivement et la suture des bords de la fistule sont impraticables. Comme le fait observer HEGAR, l'hystérokleisis entraîne plusieurs inconvénients, entr'autres la stérilité ; d'autre part l'orifice de communication entre la cavité cervicale et la vessie étant d'ordinaire très étroit, on observe souvent des *coliques intenses* au moment des règles. Toutefois, l'hystérokleisis a fourni bon nombre de guérisons durables.

Si la fistule vésicale siège à la limite du col et du vagin



Fig. 82. — Fistule vésico-utéro-vaginale. — Suture cervico-vaginale.

(*fistule vésico-utéro-vaginale*), on avivera en haut le bord inférieur de la lèvre antérieure du col et en bas le bord correspondant de la muqueuse vaginale. Les sutures seront placées de manière à réunir transversalement la lèvre de l'avivement cervical à la lèvre de l'avivement vaginal (fig. 82). Si la lèvre antérieure du col est en grande partie détruite, on ne pourra faire mieux, le plus souvent, que d'aviver la lèvre postérieure du col, de la suturer au bord inférieur de la fis-

tule, et d'ouvrir le canal cervical directement dans la vessie (fig. 83). Au point de vue fonctionnel, cette opération équivaut à l'*oblitération du vagin*. Aussi HEGAR a-t-il raison de conseiller d'essayer d'abord d'aviver le bord inférieur de la lèvre antérieure du col et de suturer ensuite dans le sens de la longueur, tout comme dans l'opération des déchirures profondes du col.



Fig. 83. — Fistule vésico-utéro-vaginale. — Suture du vagin à la lèvre postérieure du col.

Fistules multiples. — S'il existe à la fois *plusieurs petites fistules*, très rapprochées les unes des autres, on peut les comprendre dans un seul avivement et les suturer ensemble. Si elles sont situées trop loin l'une de l'autre, on pourra les aviver et les suturer séparément soit dans une seule, soit dans plusieurs séances. Si la *fistule est très étendue*, on fera bien de ne l'opérer qu'en plusieurs séances, suivant un plan

déterminé à l'avance, attendu qu'il est le plus souvent fort difficile d'obtenir la guérison complète en une seule fois. En recherchant l'impossible, on court le risque d'aggraver la situation.

Complications. — Une des complications les plus graves des fistules urinaires est l'*atrésie ou l'obturation complète de l'urèthre* à l'endroit où le canal s'abouche dans la vessie. Si l'atrésie est peu étendue, on peut perforer le rétrécissement avec un troicart et y faire passer ensuite des bougies de plus

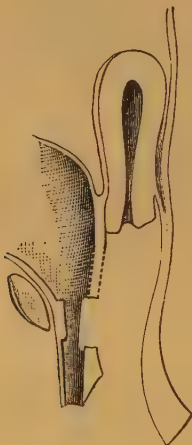


Fig. 84. — Atrésie de l'urèthre. — Opération.

en plus volumineuses. Mais on obtiendra de meilleurs résultats définitifs par la création d'un pont sur l'atrésie (SIMON) : ce procédé consiste à exciser définitivement la partie du canal qui est dégénérée ; on avivera ensuite les parties supérieure et inférieure de l'urèthre, on les fera glisser sur le rétrécissement et on les réunira par la suture (fig. 84).

La situation est plus grave encore lorsque l'urèthre est détruit sur la majeure partie de son étendue ; les tissus ambiants sont alors convertis en cicatrices dures et résistantes, inti-

nement attachées à la paroi postérieure de la symphyse et la création d'un nouveau canal, par la voie plastique, devient chose impossible. On a cherché aussi à former un nouvel urèthre par la transplantation de lambeaux que l'on prend aux organes génitaux externes. Ces opérations sont pendant longtemps restées sans résultat; FRITSCH en a cependant pratiqué une récemment avec un plein succès (1).

Épisiosténose. — SCHRÖEDER a maintes fois essayé, en pratiquant l'opération que nous avons décrite précédemment (fig. 52), de déplacer en avant l'orifice externe du canal uréthral, et d'attirer ensuite en avant la paroi postérieure de la vessie, par des opérations plastiques successives; mais il n'a jamais obtenu que des guérisons temporaires. Si la partie inférieure du canal uréthral est seule conservée, on pourra recourir à l'*épisiosténose*, c'est-à-dire à l'*oblitération de l'entrée du vagin*, mais sans profit bien marqué pour l'évacuation régulière des urines, attendu qu'il n'existe pas à la partie inférieure de l'urèthre de muscle constricteur spécial.

Colpokleisis. — Si l'oblitération directe de la fistule paraît impossible, soit à cause de l'étendue de la perte de substance, soit à cause de la destruction cicatricielle du vagin et du tissu paravaginal, on aura recours, à l'exemple de SIMON, au *colpokleisis*, c'est-à-dire à l'occlusion du vagin par voie opératoire. A moins d'être pratiquée très haut, cette opération rend les femmes non seulement impropres à la *conception* mais encore incapables au *coït*. Les indications du colpokleisis sont devenues très restreintes depuis que nous avons des procédés et des appareils plus perfectionnés pour préparer et découvrir le champ opératoire. Il est même arrivé à SIMON de rouvrir le vagin oblitéré artificiellement, et de réussir à fermer directement la fistule située au-dessus du point d'oc-

(1) *Centralb. f. Gyn.* 1887, n° 30.

clusion. Le colpokleisis n'est donc plus indiqué aujourd'hui que dans les cas désespérés. SIMON et HEGAR en ont obtenu des résultats fort satisfaisants. Ajoutons qu'on a relaté des cas où des calculs d'urates s'étaient développés dans la poche vaginale oblitérée.



Fig. 85. — Colpokleisis.

Pour pratiquer l'oblitération du vagin, on excise, au-dessous de la fistule, aussi haut que possible, un anneau de tissu mesurant 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de largeur. Les sutures seront introduites d'un côté en allant de bas en haut, et de

l'autre côté en allant de haut en bas (fig. 85). Quand tous les fils sont placés, on nettoie une dernière fois la plaie et on les noue de manière à oblitérer complètement la cavité du vagin au-dessous de la fistule.

Le colpokleisis n'a d'action utile que lorsqu'il existe ou qu'on est parvenu à créer un sphincter au-dessous de l'ouverture fistuleuse.

Opération de Rose. — Dans les cas où ce sphincter fait défaut, ROSE (1) a proposé d'avoir recours à une opération plus compliquée à laquelle il a donné le nom d'*obliteratio vulvæ rectalis*. Il commence par faire une fistule recto-vaginale artificielle, à peu de distance au-dessus du sphincter de l'anus ; et pour éviter que cette ouverture ne se ferme par rétraction cicatricielle, il réunit au-dessus de l'incision la muqueuse vaginale à la muqueuse rectale. Lorsqu'après quelques semaines, cette fistule est définitivement établie, il oblitère l'urèthre et le vagin. L'urine, et éventuellement le sang menstruel, s'écoulent vers le rectum et le sphincter de l'anus se charge des fonctions du sphincter de la vessie.

HEGAR conseille, avant de fermer la plaie du vagin, de désinfecter la muqueuse vaginale et de la saupoudrer d'iodoforme pour éviter la décomposition de l'urine qui stagne au-dessus du rétrécissement. A la suite de cette opération, les gaz intestinaux et les matières fécales passent facilement dans le vagin et donnent lieu à la décomposition putride ; d'autre part, la fistule recto-vaginale, bien qu'étant tapissée de muqueuse, se rétrécit rapidement et porte entrave à l'écoulement de l'urine. Dans plusieurs cas, et notamment dans un cas observé à la clinique de SCHRÖDER (2), il survint, quelques mois après l'opération, des troubles d'une gravité telle, qu'il fut nécessaire de rouvrir la cicatrice pour donner issue aux

(1) *Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.*, Bd. IX.

(2) Voir ROSE, *Sitzungsbericht der Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn.*, 27 avril 1883.

matières infectes et fétides, provenant de la décomposition des urines et des matières fécales, qui s'étaient accumulées dans le vagin. Cependant l'opération de ROSE a donné parfois des résultats fort satisfaisants.

Fistules urétérales. — Les difficultés du traitement sont à leur maximum lorsque l'uretère communique soit avec le vagin soit avec la cavité cervicale, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de *fistules urétéro-vaginales* ou *urétéro-cervicales*. D'abord la fistule peut être inaccessible ; ensuite le calibre de l'uretère est si réduit et l'ouverture fistuleuse si petite qu'il est presque impossible de suturer les bords de la solution de continuité. SIMON enseignait que l'incontinence d'urine ne pouvait être guérie que d'une manière indirecte : qu'il fallait tout d'abord créer une fistule vésico-vaginale artificielle, puis faire au-dessous de ce point l'oblitération du vagin, en vue de rétablir la communication de l'uretère avec la vessie.

LANDAU (1), BANDL (2), SCHEDE (3) et HAHN (4), ont suivi une méthode quelque peu différente de celle de SIMON : l'extrémité vésicale de l'uretère étant le plus souvent oblitérée, on commence par faire, aussi près que possible de la fistule de l'uretère, une fistule vésico-vaginale artificielle ; cela fait, on introduit par le vagin un long cathéter élastique pénétrant dans l'extrémité supérieure de l'uretère, tandis que son extrémité libre est dirigée dans la vessie et attirée ensuite en dehors à travers le canal de l'urèthre ; on finit par aviver et par suturer les bords de la muqueuse vésicale qui répondent à la partie de la sonde restée découverte (fig. 86, d'après BANDL). BANDL a opéré deux fois avec succès, en suivant ce procédé.

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. VII et IX.

(2) BANDL, *Zur Entstehung und Behandl. der Harnleiterscheidenf.* 1878.

(3) *Centr. f. Gyn.* 1881, n° 23.

(4) *Berl. kl. Woch.* 1879.

La méthode employée par SCHEDE n'est pas tout à fait identique à celle de BANDL. Il commence par établir une large fistule vésico-vaginale, puis il réunit à cette fistule le bout supérieur de l'uretère.

Les observations de fistule urétéro-vaginale sont encore très peu nombreuses, et elles présentent des différences tellement notables, qu'il n'est pas possible de formuler un jugement précis sur la meilleure méthode à suivre. Pour ma part j'ai eu recours au procédé de BANDL pour guérir une fistule urétéro-vaginale qui était survenue à la suite d'une extirpation totale de l'utérus par le vagin : l'opération échoua, pour des raisons étrangères à mon intervention.

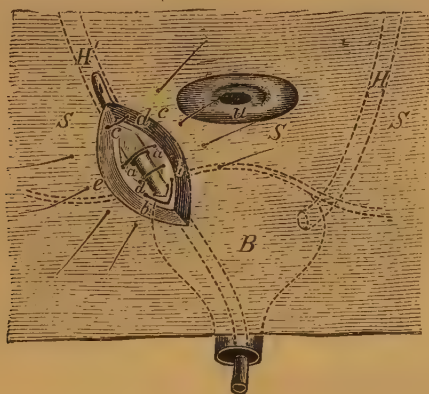


Fig. 86. — Opération de BANDL pour fistule urétéro-vaginale.

Quand il s'agit d'une *fistule urétéro-cervicale*, il est impossible de mettre à nu la fistule et d'établir une communication avec la vessie. On ne peut donc obtenir de résultats que par des procédés indirects : soit par l'extirpation du rein correspondant (CREDÉ, ZWEIFEL), ou en fermant le vagin après avoir fait une fistule vésico-vaginale (HAHN).

Pronostic des opérations de fistules urinaires.

Grâce aux progrès de la méthode antiseptique, l'opération des fistules n'est plus dangereuse que lorsque la disposition anatomique est très compliquée. Sur 80 opérations, HEGAR et KALTENBACH n'ont pas perdu une seule malade ; SPIEGELBERG (1) n'en perdit qu'une seule sur 60 ; SIMON (2) qui opérât, avant l'introduction de la méthode antiseptique, les cas les plus difficiles et les plus compliqués, ne perdit que 2 malades sur 42. D'un autre côté, les résultats plastiques obtenus après l'opération sont aujourd'hui excellents. Sur 42 opérations, dont la plupart étaient très compliquées, SIMON n'a échoué qu'une seule fois ; HEGAR et KALTENBACH n'ont eu que 2 insuccès sur 80, et FRITSCH 2 insuccès sur 22 opérations.

Pour les motifs exposés dans ma préface, je ne suis pas à même de donner des chiffres précis sur le nombre d'opérations de fistules urinaires qui ont été pratiquées à la clinique de Berlin. Personnellement, je n'ai opéré que douze fistules, neuf fois avec succès, entr'autres deux grandes fistules vésico-vaginales, dans l'une desquelles les deux orifices urétraux s'ouvraient dans le bord de la fistule ; deux fistules vésico-cervicales et deux fistules vésico-utéro-vaginales. J'ai réussi à guérir dès la première fois une petite fistule vésico-vaginale cicatricielle, et une autre plus large où le col était en grande partie détruit par gangrène et où la partie supérieure du vagin était rétrécie par du tissu cicatriciel ; dans ce dernier cas, j'ai employé pendant quatre semaines le traitement préparatoire de BOZEMAN. J'ai eu beaucoup de peine à guérir une fistule qui s'était formée à la suite d'une hystérectomie totale par le vagin et qui se trouvait emprisonnée

(1) HEMPEL, Zur Casuistik der Urinfisteln. *Archiv. f. Gyn.*, Bd. X.

(2) SIMON, *Loc. cit.*

dans les tissus cicatriciels. Après une hystérectomie vaginale très facile, je blessai avec l'aiguille une grosse artère, à droite de l'utérus, dans le tissu cellulaire paramétrique ; en désespoir de cause j'appliquai et je laissai à demeure une longue pince à forcipressure. Du 12^e au 14^e jour, écoulement spontané des urines. Cette fistule ne fut guérie qu'après trois opérations, six mois après l'extirpation de l'utérus. Mes trois échecs concernèrent une simple fistule vésico-vaginale opérée plus tard avec succès par SCHRÖEDER, une petite fistule très difficilement accessible après une hystérectomie vaginale, et une fistule urétéro-vaginale consécutive aussi à une extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Étant donné l'état lamentable des malades atteintes de cette infirmité, l'opération de la fistule peut être considérée comme une des meilleures et des plus bienfaisantes qui soient connues. Mais pour se tirer d'affaire, dans les cas difficiles, il faut être doué d'une grande habileté opératoire, et observer strictement les principes fondamentaux de la pratique chirurgicale.

Même quand l'opération a parfaitement réussi, la femme n'est pas toujours à l'abri de l'*incontinence d'urine*, car les fibres musculaires du col vésical peuvent être détruites et la vessie peut avoir perdu son pouvoir d'expansion. Dans le premier cas, on aura recours aux injections vaginales d'eau très froide pour exciter la contractilité des éléments musculaires encore existants ; ou bien, à l'exemple de WINCKEL, on avivera, au niveau du col de la vessie, une bande elliptique sur la muqueuse vaginale que l'on fermera ensuite par la suture pour rétrécir le col vésical ; ou bien encore on pourra pratiquer l'opération de PAWLİK décrite précédemment (fig. 53), pour tendre dans le sens transversal le méat urinaire et infléchir la portion inférieure du canal de l'urèthre sur le bord inférieur de la symphyse. L'expérience a prouvé que cette inflexion peut suffire pour amener la continence des urines.

L'emploi du pessaire de SCHATZ (1) suffit parfois pour remédier aux troubles de la miction.

Si l'incontinence paraît due à l'inextensibilité de la vessie, on peut chercher à la guérir par des injections méthodiques abondantes de liquide dans ce viscère (2) (HEGAR).

Dans les cas désespérés, on pourra oblitérer le canal de l'urèthre et créer un nouvel urèthre en faisant une fistule vésico-abdominale qu'on peut fermer facilement à l'aide d'une pelotte.

B. — FISTULES VAGINO-INTESTINALES

Étiologie. — Les fistules qui font communiquer l'intestin avec le canal vaginal sont aussi pénibles pour les malades que les fistules urinaires du vagin; mais elles sont, heureusement, beaucoup moins fréquentes. Le traumatisme de l'accouchement intéresse beaucoup moins souvent le rectum que la vessie, parce que le premier de ces deux organes, situé en haut sur le côté du promontoire et en bas dans la concavité du sacrum, n'est soumis à aucune pression directe au moment du passage des parties fœtales (3). Aussi les fistules recto-vaginales résultent-elles le plus fréquemment de traumatismes directs: elles subsistent après la guérison incomplète des opérations pratiquées sur le vagin (4), ou elles sont dues à la perforation faite par un pessaire ou par tout autre

(1) SCHATZ, *Arch. f. Gynæk.*, Bd. X.

(2) J'ai observé deux cas dans lesquels, à la suite de nécrose étendue de la muqueuse vésicale, la vessie tout entière était réduite au volume d'une noisette.

(3) J'ai cherché à démontrer (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X) que la compression qui s'exerce pendant l'accouchement sur le promontoire provoque assez souvent des phénomènes de gangrène. Depuis le moment où j'ai écrit cet article, j'ai eu maintes fois l'occasion de vérifier la vérité de cette assertion.

(4) Les deux fistules recto-vaginales que j'ai observées provenaient de la guérison incomplète d'une déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale, survenue pendant l'accouchement: j'ai guéri la première par cautérisation, et la seconde, qui était assez étendue, par l'avivement et la suture pratiqués du côté du vagin (N. d. T.).

corps étranger introduit dans le rectum ; parfois elles sont le résultat de processus inflammatoires ou gangréneux dans la cloison recto-vaginale ou dans le cul-de-sac de Douglas, d'autres fois, il faut les attribuer à des exsudats qui se sont ouverts à la fois dans le vagin et dans le rectum, ou à des ulcères cancéreux ou autres.

L'opération des fistules vagino-intestinales varie beaucoup d'après que le vagin communique avec l'intestin grêle ou avec le gros intestin.

1. — *Fistules de l'intestin grêle et du vagin.*

Elles proviennent presque toujours de la rupture du cul-de-sac vaginal : l'intestin grêle s'engage dans la solution de continuité, il s'étrangle et se gangrène ; dans certains cas elles sont dues à des cautérisations trop profondes du cul-de-sac postérieur, ou elles subsistent après l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. Les communications entre l'intestin grêle et le vagin se présentent sous deux formes : ou bien l'intestin s'ouvre directement dans le vagin et toutes les matières fécales passent par la fistule : *anus vaginal contre nature* ; ou bien l'ouverture de communication siège sur la paroi de l'intestin qui est accolée au vagin et les matières alvines ne s'échappent qu'en partie par la fistule : *fistule iléo-vaginale*.

Les fistules de l'intestin grêle ont une grande tendance à se rétrécir et à se fermer spontanément (1). Comme elles sont presque toujours compliquées de lésions très étendues et très dangereuses, on comprend qu'il est fort rare de pouvoir les observer longtemps après l'accident qui les a produites. Les cas de fistule iléo-vaginale opérés avec succès sont encore tellement rares qu'il est impossible de donner des

(1) BREISKY, *Krankh. der Scheide*, Stuttgart, 1886, § 154.

règles fixes à cet égard. C'est à WEBER que revient le mérite d'avoir le premier transformé un *anus vaginal* en une *fistule* : il introduisit dans les deux orifices intestinaux, à 3 centimètres de hauteur, les branches de l'entérotome de DUPUYTREN

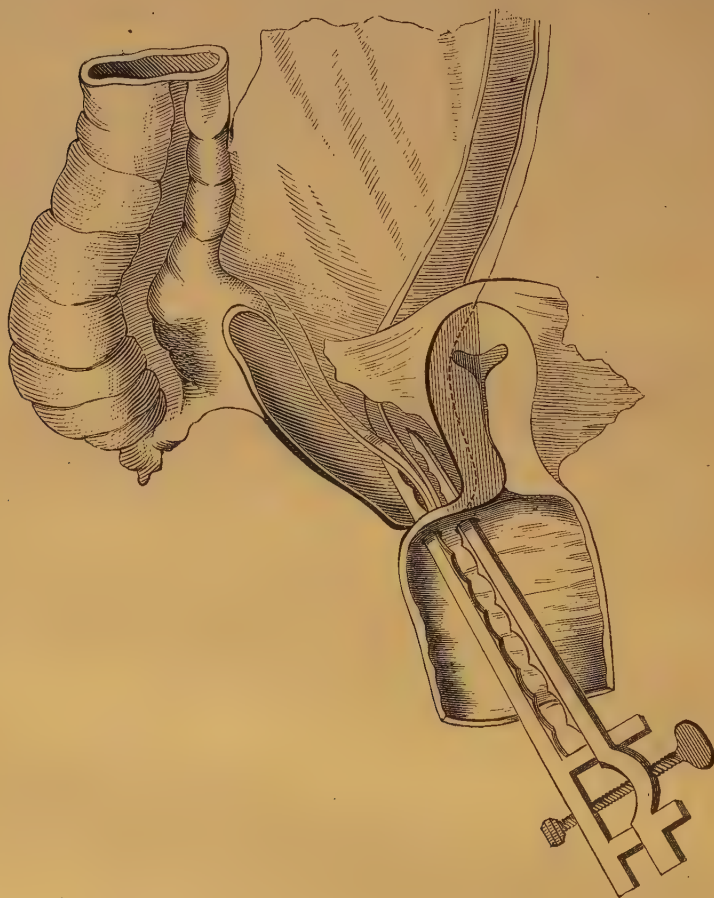


Fig. 87. — Traitement de la fistule iléo-vaginale.

(fig. 87) ; le sixième jour, l'instrument se détacha. Après la mort de WEBER, HEINE compléta l'opération en faisant la suture des bords de la fistule. Pour que cette méthode

soit praticable, il faut évidemment que les deux bouts d'intestin soient suffisamment rapprochés l'un de l'autre.

Ajoutons que CASAMAYOR a essayé d'établir d'abord une communication directe entre l'intestin gangréné et le rectum, et de fermer ensuite le vagin au-dessous de cette fistule.

Les fistules iléo-vaginales sont passibles du traitement opératoire des fistules recto-vaginales, que nous allons décrire.

2. — *Fistules recto-vaginales.*

La méthode opératoire varie d'après la hauteur à laquelle siègent ces fistules. On peut les oblitérer par le vagin, par le rectum ou par le périnée. Pour choisir entre ces trois procédés, il faudra tenir compte non seulement du siège de la fistule, mais de l'état des tissus avoisinants.

Si la fistule siège très bas, on divisera le périnée jusque dans le trajet fistuleux, puis on pratiquera l'avivement et la suture comme pour l'opération de la déchirure complète du périnée, en ayant soin de bien cruenter et de réunir les bords de la fistule, au sommet de la plaie.

Il est de fait que les fistules recto-vaginales guérissent facilement si on se borne à les aviver par le vagin. Cette opération est du reste parfaitement comparable à celle de la fistule vésico-vaginale: avivement large en forme d'entonnoir, des bords de la fistule; réunion, de préférence dans le sens transversal, avec de la soie, du fil d'argent ou du catgut.

On n'opérera par le rectum que dans les cas où il est impossible d'opérer par le vagin.

Cette méthode, qui a donné de bons résultats entre les mains de SIMON et d'EMMET, exige que le rectum soit bien dilaté et le champ opératoire largement mis à découvert (1).

(1) BREISKY, *loc. cit.*

Traitement consécutif comme après les opérations plastiques sur le périnée.

Le *pronostic* ne me semble pas aussi favorable que l'affirme KALTENBACH : ces fistules peuvent siéger très haut, le septum recto-vaginal est fort mince, le degré de réplétion du rectum est sujet à de grandes variations, les matières fécales peuvent infecter les bords de la plaie, toutes conditions qui peuvent compromettre le succès de l'opération.

§ 8. — Traitement opératoire des tumeurs du vagin.

Les tumeurs du vagin sont rares, et encore la plupart de celles qui réclament notre intervention proviennent plutôt des tissus et des organes voisins. Telles sont entr'autres les *hématomes* et les *tumeurs fibreuses* du tissu conjonctif pelvien. Nous les avons décrites ou nous en parlerons à d'autres endroits de cet ouvrage.

Dans le vagin, comme sur les organes génitaux externes, les tumeurs peuvent se présenter sous trois formes cliniques différentes : les unes sont *interstitielles* (kystes, fibromes, sarcomes) ; les autres sont *étalées* sur la muqueuse (carcinomes, tumeurs papillaires, sarcomes) ; d'autres enfin ont la forme de polypes (polypes muqueux et tumeurs papillaires). A l'exception des kystes, des sarcomes et parfois des fibromes, toutes ces tumeurs ne font dans la littérature médicale que de rares apparitions (1).

Les méthodes opératoires sont les mêmes que pour les tumeurs vulvaires, c'est-à-dire qu'on enlève les tumeurs interstitielles par énucléation, les tumeurs étalées sur la muqueuse par dissection et les tumeurs polypoïdes par simple section après ligature.

Kystes du vagin. — Au premier groupe appartiennent les *kystes du vagin*, dont l'origine n'est pas encore parfaitement élucidée. Leur volume est fort variable ; ils peuvent acquérir la grosseur d'une tête d'enfant. Les kystes du vagin ne sont pas rares, mais on ne devra les enlever que s'ils causent de la gêne aux malades, par leur siège ou leur volume. Le mieux

(1) BREISKY, *loc. cit.* chap. VIII.

est évidemment de les extirper *en totalité* : on incise la capsule et on isole complètement la tumeur à l'aide d'instruments mousses. Si le kyste est très volumineux, on commencera par inciser la muqueuse vaginale sur tout le pourtour de la base de la tumeur, et on cherchera à énucléer le sac par les parties profondes.

Après l'extirpation du kyste, on fermera la plaie avec des fils qui chemineront sous toute l'étendue de la surface sanglante ; toutefois, si la plaie pénètre trop avant dans le tissu cellulaire du bassin, on pourra la combler de la profondeur vers la superficie avec des sutures perdues au catgut, ou bien encore on mettra dans la partie la moins accessible de la plaie soit un drain soit une mèche de gaze iodoformée.

Pour éviter les lésions profondes qui peuvent subsister après l'extirpation complète du sac, SCHRÖDER conseille (1), lorsque le kyste est volumineux, d'exciser seulement la paroi de la poche qui fait saillie dans le vagin, et de suturer à la muqueuse vaginale les bords de la plaie faite à la paroi du kyste. Cette paroi, recouverte d'un épithélium cylindrique, ne se distingue bientôt plus du reste de la muqueuse vaginale.

Fibromes. — L'extirpation totale est indispensable pour les *fibromes* ou les fibromyomes de la muqueuse vaginale. Il est rare de voir ces tumeurs atteindre des dimensions considérables.

Le *carcinome primitif* du vagin est loin d'être fréquent, mais il n'est peut-être pas aussi rare que pourrait le faire croire la statistique de KUESTNER (2). Pour ma part, j'ai observé à la polyclinique au moins une vingtaine de cancers qui s'étaient bien certainement développés primitivement dans le vagin. Presque tous siégeaient dans le cul-de-sac

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd, IV, p. 424.

(2) *Arch. f. Gyn.*, Bd. IX.

postérieur ou sur la paroi postérieure du vagin. Ces tumeurs malignes se présentent sous la forme d'ulcères durs, plats, saignant facilement, à bords durs et un peu renversés en dehors.

Pour les enlever, on circonscrira avec le couteau le territoire malade et on le séparera par dissection des tissus sains sous-jacents (1). Une condition indispensable au succès de l'opération est que le néoplasme soit encore mobile sur le

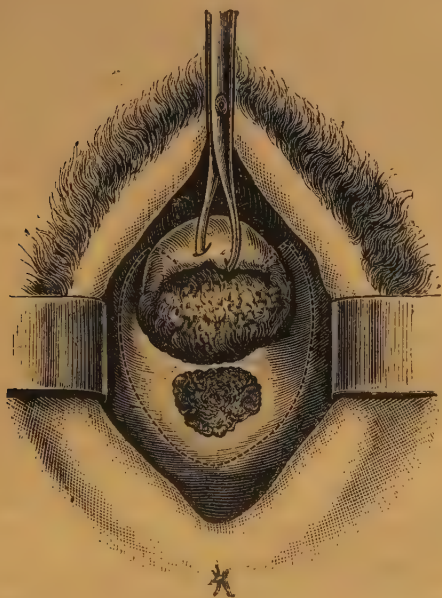


Fig. 88. — Carcinome du vagin. — Opération.

tissu para-vaginal. Si, comme il arrive souvent, la lèvre postérieure du col est envahie par la dégénérescence, il faudra l'exciser en même temps. On pratiquera, sur le pourtour et à 1 centimètre de distance du néoplasme, une incision qui aboutira de part et d'autre, à côté du col, dans les culs-de-sac latéraux; on divisera alors le col latéralement, à une

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. III, p. 423.

grande hauteur, et on réunira les deux incisions nouvelles aux deux incisions primitives (fig. 88). Cela fait, on dissèque la tumeur du tissu conjonctif sous-jacent. Lorsque le néoplasme est décollé jusque près du col, on pratique l'amputation de la lèvre postérieure de cet organe et on réunit aussitôt par des sutures les lèvres de la plaie du col avec les bords de l'incision vaginale.

Il m'est arrivé de devoir porter l'incision tout autour du col et de pratiquer l'amputation totale de l'organe. J'ai vu SCHRÖDER enlever, chez une malade âgée, la muqueuse vaginale sur presque toute son étendue en même temps que la portion intra-vaginale du col. Les vaisseaux aboutissant sur les côtés à la muqueuse du vagin furent liés et sectionnés les uns après les autres.

Si la plaie vaginale est trop large pour permettre d'en réunir directement les bords par la suture, on pourra, après hémostase complète préalable, recouvrir la surface cruentée avec de la gaze iodoformée et laisser la plaie se fermer par bourgeonnement. D'après KALTENBACH, l'extension du néoplasme à la vessie et au rectum ne pourrait être considérée comme une contre indication, si l'on peut enlever tous les tissus malades. Je ne partage pas cette manière de voir. Dans tous les cas opérés par SCHRÖDER et dans les deux cas opérés par moi-même, la récurrence est survenue très rapidement. KALTENBACH, HEGAR et BREISKY ont fait la même expérience. La gravité extraordinaire du carcinome du vagin est due vraisemblablement au voisinage immédiat du tissu cellulaire pelvien : l'opération est par conséquent d'autant plus inutile que ce tissu est plus profondément envahi.

Les *sarcomes* et les *tumeurs papillaires bénignes* du vagin sont beaucoup moins fréquentes que le cancer.

Tumeurs pédiculées. — Quant aux tumeurs pédiculées du vagin, on les enlève suivant le procédé que nous avons ex-

posé en étudiant les polypes des organes génitaux externes : section du pédicule après ligature en deux ou plusieurs faisceaux. Si l'insertion est plus large, on pratiquera une incision circulaire à la base de la tumeur, puis on fera l'énucléation comme s'il s'agissait d'un polype fibreux de l'utérus.

CHAPITRE X

OPÉRATIONS SUR LE COL DE L'UTÉRUS

§ 9. — Opérations dans le cas de sténoses et d'atrésies congénitales ou acquises du col.

Pathogénie. — Les vices de conformation du col et du corps de l'utérus ne donnent lieu à une intervention opératoire que lorsqu'il y a rétention de sang ou de mucosités à l'intérieur de la cavité utérine. S'il s'agit d'une anomalie congénitale, il existe d'ordinaire un dédoublement plus ou moins complet de tout le tractus génital (1). Il est rare que l'on trouve du sang retenu à l'intérieur d'un utérus *unique* par suite d'oblitération d'un canal cervical *unique*. Le plus souvent, à côté d'un utérus normal, on en trouve un autre, *rudimentaire*, réduit à l'état de corne, ou qui est bien développé tout en étant *atrésié*, ou qui communique avec un vagin *rudimentaire*. Pour éviter des redites inutiles, nous renvoyons le lecteur aux considérations que nous avons émises dans le chapitre relatif aux anomalies de conformation du vagin et en particulier à l'*hématocolpité unilatérale*. La même observation s'applique aux atrésies *acquises* du col, qui sont

(1) P. MUELLER, *Die Sterilität der Ehe in Billroth-Luecke Handbuch d. Frauenk.*, Stuttgart. 1886.

analogues aux oblitérations congénitales tant au point de vue clinique qu'à celui des opérations qu'elles réclament.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'*atrésie simple du col* est relativement facile, surtout si l'oblitération siège à proximité de l'orifice externe. La partie supérieure du vagin est alors repoussée par une tumeur cylindrique formée par les cavités utérine et cervicale distendues. Si l'atrésie siège plus haut dans le col, anomalie qui est rarement congénitale, l'exploration au moyen de l'hystéromètre permettra d'arriver au diagnostic.

Les difficultés du diagnostic sont bien plus considérables dans les cas d'utérus *double*, avec oblitération d'une des parties latérales ou dans le cas d'hématomètre siégeant dans une corne utérine rudimentaire. Si l'atrésie siège très bas, ce qui est la règle, ou s'il existe en même temps un vagin rudimentaire, la tumeur sanguine descend jusqu'à côté du col ; si l'accumulation est abondante, la portion vaginale qui répond au côté non obturé, se trouve fortement repoussée en dehors et son orifice externe prend une forme semi-lunaire dont la concavité est dirigée vers la corne utérine remplie de sang. Le *siège* de la tumeur, et le *retour périodique* à trois ou quatre semaines d'intervalle des symptômes douloureux permettent de confirmer le diagnostic. Si la rétention du sang a lieu dans une corne utérine rudimentaire, on ne peut arriver au diagnostic que si les conditions d'exploration sont exceptionnellement favorables (1).

Opération. — L'intervention opératoire est tantôt facile et tantôt difficile. Le danger de rupture des poches sanguines formées par les trompes existe, comme dans l'atrésie du vagin et de l'hymen, mais à un moindre degré, parce que la dis-

(1) Voir MUELLER, *loc. cit.*, § 35.

tension de la cavité utérine est suivie à bref délai de symptômes douloureux qui amènent les malades chez le médecin avant que les trompes aient eu le temps de se gorger de sang.

L'opération a pour objectif de créer au sang menstruel une voie permanente vers le vagin. Plus la portion atrésiée du canal est longue et plus il est difficile de tenir ouvert ce canal artificiel, à cause de la tendance extraordinaire que présente le tissu cervical à revenir sur lui-même. La ponction à travers l'endroit atrésié, faite à l'aide d'un troicart, suffit tout d'abord à donner issue au sang, mais non à prévenir le retour des accidents. Si c'est possible, il vaut mieux étendre convenablement le champ opératoire, faire une large incision à travers les tissus atrésiés et maintenir l'ouverture perméable par l'introduction de drains en verre ou en caoutchouc, pour donner à la plaie le temps de se cicatriser ou, si la chose est praticable, pour la tapisser plus tard avec de la muqueuse saine. On empêchera le sang de s'écouler *trop rapidement* pour prévenir la rupture des poches sanguines formées par la trompe. Pareil accident, suivi de péritonite mortelle, est arrivé à SCHROEDER (1) au moment de la ponction d'une hématomètre unilatérale avec utérus didelphe.

Si on ne réussit pas à recouvrir la plaie avec de la muqueuse normale, il faudra ou bien renouveler de temps en temps la dilatation de l'orifice sténosé ou répéter la ponction.

Dans les cas d'atrésie acquise, très étendue, ce traitement ne permet généralement pas d'arriver au but. Il est déjà fort difficile et fort dangereux de traverser avec un troicart le pont de tissu formé par le canal cervical atrésié dans toute sa longueur, et il est encore plus malaisé de tenir ce canal perméable. Dans de pareilles conditions, on a cherché à pratiquer la ponction de l'hématomètre par *la vessie* ou *le rectum*,

(1) FREUDENBERG, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd, V.

mais ce sont là des opérations de nécessité faites en désespoir de cause.

Etant donné que dans tous ces cas la conception ne se produit presque jamais, alors même que le canal cervical reste ouvert, il faudra se demander s'il ne vaut pas mieux enlever les ovaires par la laparotomie pour prévenir le retour des menstruations, ou, s'il existe déjà une hématomètre volumineuse, pratiquer en même temps l'amputation supra-vaginale de l'utérus. C'est là évidemment une opération radicale, mais la position dans laquelle se trouvent ces malades est à la fois très pénible et fort dangereuse.

Dans un cas définitivement opéré avec succès par SCHRÖDER, on avait d'abord eu recours au *colpoplexis* à cause d'une gangrène diphthéritique étendue de la cloison vésico-vaginale et du col de la matrice. A la suite de cette première opération, il survint, avec des douleurs intolérables, une hématomètre qui, dans le cours de plusieurs années, fut ponctionnée quatre fois par l'urèthre et par la vessie. Finalement, comme les désordres revenaient plus intenses que jamais, SCHRÖDER pratiqua l'extirpation des ovaires et de l'utérus énormément distendu par du sang.

Dans un autre cas, SCHRÖDER, en présence d'une hématomètre unilatérale, extirpa l'hématosalpinx et l'ovaire du côté correspondant.

SLAWIANSKY (1) a pratiqué une opération analogue dans un cas d'utérus duplex avec hématomètre unilatérale. Il appartient à l'avenir et à une étude plus détaillée des rapports anatomiques de nous apprendre si la même intervention ne conviendrait pas dans le cas d'hématomètre unilatérale dans une corne utérine accessoire rudimentaire (2).

(1) SLAWIANSKY. *Centralb. f. Gyn.* 1884, n° 47.

(2) Pour plus de détails à cet égard, voir MUELLER, *loc. cit.*, chap. V à X.

§ 10. — Opérations plastiques sur le col de l'utérus.

Ces opérations ont pour but, soit de corriger certaines anomalies de conformation qui mettent obstacle aux fonctions physiologiques de l'utérus — menstruation et conception —, soit de faire disparaître certaines lésions, telles que des *déchirures profondes*, qui occasionnent des troubles graves, rebelles aux autres méthodes de traitement. Ces opérations sont la *discision*, l'*excision cunéiforme* ou *stomatoplastie* et l'opération d'EMMET. Tous les auteurs n'attachent pas la même importance aux lésions du col de la matrice, ni par conséquent la même valeur aux opérations destinées à les guérir. C'est pour cette raison que je me propose de dire un mot des *indications* de chacune d'elles, sans cependant trop m'étendre sur ce sujet.

A. DISCISION ET STOMATOPLASTIE.

Indications. — L'incision des bords latéraux de l'orifice externe (*discision*) et l'excision des lèvres de cet orifice (*stomatoplastie*) peuvent être discutées simultanément, particulièrement au point de vue de leurs indications, qui sont à peu près les mêmes pour l'une comme pour l'autre variété d'opérations. Ces indications sont : l'*étroitesse de l'orifice externe*, combinée le plus souvent à une conformation conique du museau de tanche (fig. 89) et l'*ectopie* de l'orifice externe, occasionnée par l'allongement de la lèvre antérieure (fig. 90).

On n'attache plus à ces deux états, au point de vue de la stérilité, l'importance proclamée autrefois par Sims (1) ; en

(1) SIMS. *Gebärmutterchirurgie*, IV, Aufl., 1873.

effet, l'exploration bi-manuelle nous a appris à reconnaître que d'autres états morbides plus importants venaient compliquer d'ordinaire ces anomalies de conformation du col. Il y a cependant encore des cas où ces anomalies constituent la seule cause tangible des troubles observés, et comme les opérations destinées à les corriger sont le plus souvent fort simples et fort peu dangereuses, le chirurgien a non seulement le droit, mais le devoir de les pratiquer pour soulager ses malades.

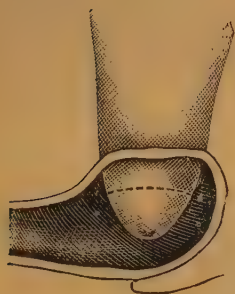


Fig. 89. — Col de forme conique.



Fig. 90. — Allongement de la lèvre antérieure du col.

Nous avons vu au chapitre V de ce livre qu'on a parfois recours à la discision du col pour établir un *diagnostic*, mais on referme alors la plaie par la suture dès qu'on a obtenu les renseignements désirés.

Opération. — Dans le cas de sténose de l'orifice externe, on pratique la *discision* de la manière suivante : après avoir

convenablement désinfecté le vagin, on découvre le col à l'aide d'un spéculum. Si l'on n'a pas d'assistants à sa disposition, on prendra un spéculum cylindrique en glace étamée ; au cas contraire, on donnera la préférence au spéculum de SIMON. On attire la lèvre antérieure de l'utérus avec un crochet ou une pince tire-balles, pour fixer l'utérus ; on introduit alors dans l'orifice externe une des lames d'une paire de ciseaux étroits et effilés et on coupe le col d'abord à gauche, puis à droite. Un couteau lancéolé permet évidemment d'arriver au même but.

Pour arrêter l'hémorrhagie *immédiate* et prévenir toute hémorrhagie *secondaire*, on introduit de part et d'autre, entre les lèvres de la plaie, de petits bourdonnets d'ouate imbibés de perchlorure de fer ou d'une solution de chlorure de zinc. Ce temps de l'opération s'effectuera rapidement, sans quoi le spéculum se remplit aussitôt de sang. On pousse contre le col un gros tampon d'ouate pour maintenir les petits tampons en place.

L'opérée doit garder le lit pendant plusieurs jours et faire des irrigations vaginales tièdes jusqu'après la chute complète des escarres. Les cicatrices qui succèdent aux incisions latérales du col ont une grande tendance à la rétraction ; aussi faudra-t-il les surveiller pendant longtemps et introduire des sondes dilatrices dès que la sténose du canal menace de se reproduire.

L'excision de petits fragments cunéiformes sur les lèvres du col, suivie de réunion par la suture, procure de meilleurs résultats définitifs que la discision simple. Cette opération est parfaitement analogue à l'amputation du col par excision de lambeaux conoïdes, indiquée d'abord par SIMON, et décrite ensuite par MARCKWALD ; seulement, il faut la modifier suivant le but qu'on se propose d'atteindre. Voici le manuel opératoire.

Après avoir saisi, dans un spéculum, les deux lèvres du

col au moyen de pinces de Muzeux ou de pinces tire-balles, on fait avec des ciseaux, de chaque côté de l'orifice externe, une incision s'étendant jusqu'à l'insertion de la paroi vaginale. Les lèvres du col peuvent dès lors être fortement abaissées et être attirées en avant et en arrière, au gré de l'opérateur. On excise alors, de chacune des lèvres du museau de tanche, un fragment conoïde, en faisant deux incisions obliques qui se réunissent à angle aigu. Il est bon d'enlever une plus grande épaisseur de tissu à la face extérieure du museau de tanche, de manière à obtenir un orifice externe plus large après la suture de la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale.



Fig. 91. — Amputation du col par le procédé à lambeaux coniques.

On excise et on suture la lèvre antérieure avant de faire l'excision de la lèvre postérieure. La suture se fait à l'aide d'aiguilles courbes qu'on enfonce près du bord de la plaie

pour la faire cheminer au-dessous du fond de l'incision et la faire sortir près du bord opposé (fig. 91). L'aiguille est poussée de dehors en dedans, à la lèvre antérieure, et de dedans en dehors à la lèvre postérieure du col. Avant de nouer les fils, on place ainsi trois ou quatre sutures profondes dans chaque lèvre. On noue d'abord les fils du milieu, puis les fils latéraux ; au besoin on mettra quelques sutures superficielles.

Pour terminer l'opération, on suturera les incisions latérales, pour éviter les hémorrhagies secondaires. Le col présente alors la forme indiquée dans la fig. 92. On peut, en modifiant cette opération, donner à l'orifice externe telle forme et telle largeur qu'on voudra.

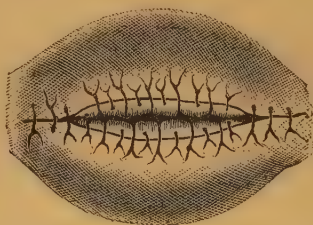


Fig. 92. — Disposition des sutures.

On saupoudre le col avec de l'iodoforme et on place un tampon de gaze idoformée au fond du vagin. La malade garde le lit pendant six à huit jours ; on enlève les fils quelques jours plus tard.

Il importe de ne pas enlever les fils de trop bonne heure pour ne pas devoir exercer de tiraillements sur des plaies à peine cicatrisées. On peut aussi, à l'exemple de SCHRÖDER, se servir exclusivement, pour la suture, de fils de catgut.

OPÉRATION D'EMMET.

Indications. -- L'opération d'EMMET ne tend pas seulement à rendre au col sa configuration normale ; son but principal

est de guérir les désordres morbides occasionnés par des déchirures plus ou moins étendues de cet organe. Les déchirures profondes du col sont dues principalement à l'extraction trop hâtive de l'enfant par les pieds. A la suite de processus inflammatoires de la muqueuse cervicale, les lèvres déchirées du museau de tanche se renversent en dehors : il y a *ectropion*. Puis, l'inflammation de la muqueuse cervicale se propage à la substance même du col et il en résulte des troubles locaux et des altérations de la santé générale de nature variable.

EMMET (1), en proposant son opération, pensait que par la suture des lèvres de la déchirure, il pourrait faire disparaître tous les phénomènes douloureux qui, d'après lui, en étaient la conséquence. Son opération consiste à aviver les lèvres cicatrisées de la déchirure, et à les réunir ensuite par la suture, de façon à faire rentrer les lèvres du col en dedans et à rendre au col sa forme normale.

Opération. — Le manuel opératoire est des plus simples. La femme étant couchée sur le dos, on applique les spéculums de SIMON, on saisit les deux lèvres du col avec des pinces de MUZEUX et on les écarte autant que possible l'une de l'autre. L'opérateur incise alors avec le couteau ou avec les ciseaux les lèvres de la déchirure, depuis l'angle supérieur jusqu'au sommet du museau de tanche.

Lorsque la lésion est profonde, le point le plus difficile de l'opération consiste à exciser le tissu cicatriciel situé à l'angle supérieur de la déchirure. Le meilleur moyen d'y parvenir est d'allonger un peu avec les ciseaux le sommet de la déchirure et de faire l'avivement à partir du sommet de cette incision. L'avivement terminé (fig. 93), on applique trois ou quatre sutures, en allant, d'abord de dehors en dedans et

(1) *Amer. Journ. of. Obstetr.* 1874.

puis de dedans en dehors, et on noue les fils vers le vagin. Le traitement *consécutif* est le même que pour les opérations précédentes.

L'importance des déchirures du col et la valeur de l'opération d'EMMET destinée à les guérir, ont été très différemment appréciées par les auteurs. Il est bien certain que les déchirures profondes du tissu cervical et les cicatrices paramétriques qui les accompagnent peuvent donner naissance à des troubles réflexes *très prononcés* (1). Il est probable aussi

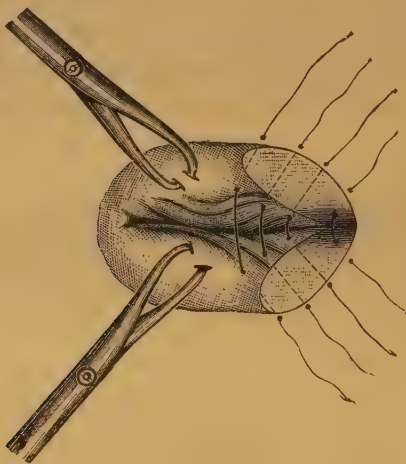


Fig. 93. — Opération d'EMMET.

que les déchirures anciennes du col peuvent occasionner l'*avortement* (OLSHAUSEN) et favoriser l'évolution du *cancer* (BREISKY). Sous ce rapport, l'opération d'EMMET constitue une des plus estimables conquêtes de notre thérapeutique. Mais il me paraît évident aussi que lorsque la déchirure est peu étendue et qu'elle n'est pas compliquée de lésions inflammatoires, l'opération d'EMMET est tout à fait inutile. Cette opération est insuffisante lorsque la déchirure est compli-

(1) HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*; HOFMEIER, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, p. 343.

quée de catarrhe intense et d'ectropion très étendu. C'est là du reste un point que reconnaît EMMET lui-même, puisqu'il accorde la plus grande importance au traitement préalable des affections de la muqueuse.

Dans le plus grand nombre des cas, ce n'est pas l'*altération de forme* produite par la déchirure, mais l'*inflammation chronique du col* qu'il convient de soumettre au traitement. L'opération de SCHRÆDER, que nous allons décrire un peu plus loin, procure alors de meilleurs résultats que l'opération d'EMMET.

Dans certains cas de déchirure profonde unilatérale, le côté du col resté intact présente une hypertrophie notable (STRATZ) (1). Le col fait alors défaut d'un côté, pour ainsi dire, et l'opération d'EMMET ne devient possible que lorsqu'on a amoindri et mobilisé les lèvres du col par l'excision d'un cône volumineux de tissu du côté sain.

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIII.

§ 11. — Amputation partielle et totale du col.

Indications. — Les opérations que nous allons décrire présentent, au point de vue technique, une certaine analogie avec quelques-unes de celles que nous venons de passer en revue. Il existe cependant entre elles une différence *fondamentale* : les premières sont faites dans le but d'enlever une épaisseur plus ou moins grande de tissu malade, tandis que les secondes visaient uniquement à corriger des vices de forme du col de l'utérus.

On peut faire l'amputation du col de l'utérus à tous les degrés, jusqu'à l'ablation complète de cet organe. Ces opérations sont indiquées dans le cas de *processus inflammatoires chroniques*, de nature hyperplasique, du tissu du col et de *véritables néoplasmes*. Les tumeurs de mauvaise nature entrent ici seules en ligne de compte ; nous réservons un chapitre à part aux opérations que réclament les tumeurs *bénignes*, et notamment les myomes du col.

L'ablation partielle ou totale du col est donc plus particulièrement indiquée dans l'*hypertrophie du col*, avec ou sans prolapsus du vagin, par l'*épaississement inflammatoire de la muqueuse cervicale*, avec ou sans ectropion, par le *carcinome* et plus rarement par le *sarcome* de la portion vaginale du col de l'utérus.

L'*extirpation partielle* du col peut être pratiquée par deux méthodes : par l'*excision cunéiforme* ou par l'*amputation pure et simple* de la partie du col qui fait saillie dans le vagin. Cette dernière opération peut se faire soit avec le couteau, soit avec l'anse galvano-caustique ou avec le thermo-cautère de PAQUELIN. Pour les opérations de ce genre, nous donnons

toujours la préférence au bistouri (1) qui permet de déterminer avec précision la grandeur et la forme des fragments à enlever, et nous fermons les plaies par la suture qui assure une réunion rapide et une convalescence régulière.

L'*excision cunéiforme* doit être préférée à l'*amputation de la portion vaginale du col* : 1° parce que cette dernière donne des plaies très étendues et des pertes abondantes de sang ; 2° parce qu'il est beaucoup plus difficile de réunir exactement la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale, qu'après l'excision cunéiforme. Si le col est petit et le tissu cervical normal, cette réunion est encore possible ; mais si le tissu cervical est le siège d'altérations pathologiques, il n'y a plus moyen de faire une suture exacte.

Opération. — Le manuel opératoire est très simple. On découvre le col à l'aide des valves de SIMON, on l'accroche avec une pince de MUZEUX et on l'abaisse autant que le permet l'élasticité des ligaments utérins. Cet abaissement facilite beaucoup l'opération.

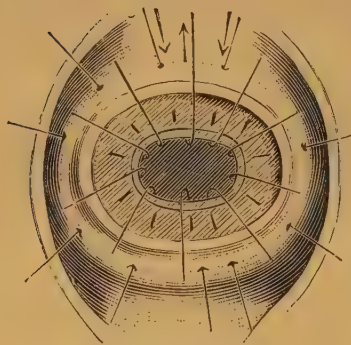
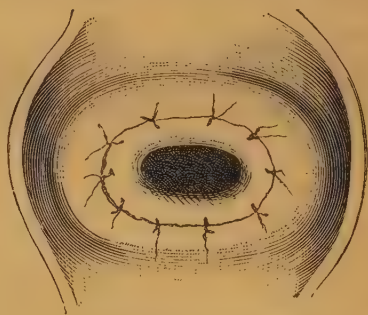
Lorsque le col est très volumineux et très vasculaire, on peut, à l'exemple de MARTIN, faire l'hémostase *préventive* en appliquant une ligature élastique au-dessus de deux aiguilles qui traversent crucialement le col, et en laissant cette ligature en place jusqu'après la suture de la plaie.

On fait alors, à telle hauteur que l'on désire, une incision circulaire dans la muqueuse vaginale, puis on coupe le tissu cervical proprement dit. Il est à conseiller d'appliquer quelques sutures avant que la section du col soit complètement terminée, non seulement dans le but de modérer l'hémorrhagie, mais pour avoir un moyen d'attirer l'utérus en bas après l'excision complète du col. On arrive au même but en traversant le col d'un fil de soie, au-dessus de l'endroit désigné

(1) MERICKE, Ueber die Amputation der Portio vaginalis. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. III.

pour la section, avant de commencer l'opération : l'excision achevée, on peut tirer sur ce fil pour abaisser l'utérus et faciliter l'application des sutures. Les fils seront placés de dehors en dedans, c'est-à-dire de la surface vaginale du col vers le canal cervical (fig. 94 *a* et *b*).

La circonférence du bord coupé de la muqueuse vaginale étant beaucoup plus étendue que le pourtour de la muqueuse cervicale, et le tissu du col étant rigide et résistant, il est fort malaisé d'appliquer une suture exacte et régulière. SIMS recouvrait la plaie du col avec la muqueuse vaginale. Le procédé

Fig. 94 *a*.Fig. 94 *b*.

Amputation du col (*a*) et application des sutures (*b*), d'après HEGAR.

de suture que nous venons de décrire, et qui a été préconisé par HEGAR, constitue un progrès réel, tout en restant encore fort défectueux.

L'excision cunéiforme des lèvres du col, après *discision préalable*, permet d'éviter cet inconvénient. Les deux lèvres du col ayant été saisies avec des pinces de Muzeux, on fait de chaque côté du col une incision plus ou moins profonde, puis on pratique sur chacune des lèvres du col deux incisions obliques, se réunissant à angle aigu et circonscrivant

un fragment conique de tissu. L'épaisseur de ce fragment varie suivant que le col est plus ou moins hypertrophié, plus ou moins altéré dans sa texture. L'excision terminée, on a sur chaque lèvre, deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur qui se laissent facilement réunir par la suture.

Avant d'exciser la seconde lèvre du col, on mettra les sutures et on nouera les fils de la première lèvre, à la fois pour arrêter le sang et pour avoir un moyen de fixer l'utérus. Si les surfaces de section sont larges et saignent abondamment, on appliquera trois ou quatre sutures profondes avant de nouer la première, pour être sûr de passer chaque fois l'aiguille au-dessous du fond de la plaie et éviter ainsi toute accumulation de sang dans la profondeur. Je commence par nouer les fils du milieu. Au besoin quelques fils superficiels seront encore placés entre les sutures profondes.

Pour terminer l'opération, on suture les incisions latérales. Le museau de tanche présente alors, au fond du spéculum, la configuration indiquée (fig. 92).

L'opération type que nous venons de décrire se prête à une foule de *modifications*. Selon que les incisions externes et internes sont faites plus haut ou plus bas, on pourra exciser des fragments d'épaisseur et de forme très diverses. Dans les cas de catarrhe cervical *invétéré*, avec ectropion des lèvres du col et altération profonde de la structure du tissu cervical, SCHRÆDER (1) combinait l'excision cunéiforme des lèvres du col avec l'opération d'EMMET. Il allongeait d'abord avec des ciseaux les déchirures latérales du col, puis il excisait des lambeaux conoïdes en pratiquant les incisions représentées fig. 95 *a*. La fig. 95 *b* indique la méthode d'application des sutures. Par ce procédé, la plus grande partie du canal cervical se trouve tapissée par la muqueuse vaginale qui est saine. On épargne ainsi aux malades les ennuis de la cure

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. III.

préparatoire du catarrhe cervical, qui doit nécessairement précéder l'opération d'EMMET, sans toutefois rendre cette opération plus difficile ou plus dangereuse.

Avant l'introduction en chirurgie gynécologique des méthodes par excision suivie de réunion par la suture, on pratiquait l'amputation du col au moyen de l'écraseur ou de l'anse *galvano-caustique*. Ce dernier procédé est encore actuellement employé par quelques opérateurs dans certains cas de



Fig. 95 a.



Fig. 95 b.

Excision de la muqueuse cervicale (a) et application des sutures (b),
d'après SCHREFFER.

cancer circonscrit du col de l'utérus (1). Cette méthode présenterait sur l'excision au moyen du bistouri l'avantage de réduire la perte de sang par la formation instantanée d'une escarre obturant les vaisseaux coupés ; de prévenir l'infection de la plaie par des germes cancéreux (BRAUN), et de détruire les particules cancéreuses qui pourraient encore se trouver dans la surface de section.

(1) SPIEGELBERG, *Arch. f. Gyn.*, Bd. V ; C. BRAUN, *Lehrbuch der gesamten Gynécologie*, II. Aufl. 1881, p. 489.

Le col, convenablement nettoyé et mis à découvert, est saisi et abaissé au moyen d'une ou de plusieurs pinces de Muzeux ; on passe alors autour du col, et aussi loin que possible des limites du néoplasme, l'anse de l'appareil galvano-caustique, et on la serre suffisamment pour qu'elle se creuse un sillon qui l'empêche de glisser ; on ferme le courant et on tire doucement sur l'anse de façon à couper lentement et uniformément les tissus. La section terminée, il reste une surface cautérisée, disposée à une forte rétraction cicatricielle. En opérant ainsi il est maintes fois arrivé à C. BRAUN d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas, mais cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses.

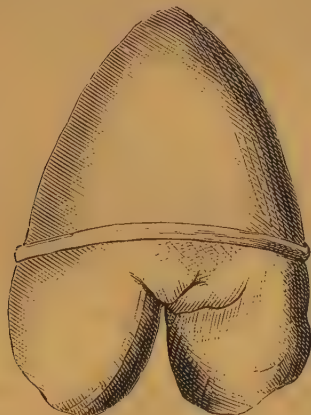


Fig. 96. — Amputation du col en entonnoir, d'après HEGAR.

Le traitement consécutif est des plus simples. Nous reviendrons plus loin sur cette méthode.

Il arrive fréquemment que la dégénérescence maligne a pris un développement tel que l'excision de la portion intra-vaginale du col ne suffit plus à enlever tout le mal. Il convient alors d'enlever en partie ou en totalité *la portion supra-vaginale du col*. HEGAR a proposé dans ce but *l'amputation du*

col en forme d'entonnoir (1). Il attire en bas la portion vaginale avec une pince de Muzeux, et il fait une incision circulaire au-dessous des insertions de la paroi vaginale. Partant de cette incision, et commençant habituellement en avant, il incise le tissu du col en se portant obliquement en haut et en dedans vers le canal cervical. Une fois ce canal ouvert en avant, il passe, si l'hémorrhagie est abondante, une suture sous toute la surface de la plaie, suture qui comprend aussi la muqueuse cervicale. Ce fil facilitera plus tard l'application des sutures. Si l'hémorrhagie n'est pas forte, on continue sans interruption l'amputation conoïde sur les parties latérales et en arrière. Le fragment du col ainsi excisé a la forme d'un cône ou d'un entonnoir renversé (fig. 96).

La rigidité des tissus et la grande distance qui sépare la muqueuse cervicale du bord du cul-de-sac vaginal rendent fort difficile la suture des lèvres de la plaie. Dans les cas rares où j'ai pratiqué cette opération, j'ai remplacé la suture par la cautérisation au moyen du fer rouge de la plaie en entonnoir.

Amputation supra-vaginale. — Pour l'amputation *totale* du col dans le cas de cancer, SCHRÖDER (2) a imaginé une autre méthode, dans laquelle il ouvre intentionnellement le cul-de-sac vaginal. Cette opération constitue pour ainsi dire le premier pas vers l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. SCHRÖDER opérait primitivement comme suit : de chaque côté de la portion vaginale, il introduisait dans le cul-de-sac antérieur une aiguille fortement recourbée, qu'il faisait sortir dans le cul-de-sac postérieur, après avoir traversé le paramétrium. Ces deux fils, une fois liés, s'appliquaient comme des

(1) HEGAR et KALTENBACH. *Opér. Gyn.*, p. 390.— HEGAR, *Tageblatt der Innsbrucker Naturforscherversammlung*, n° 7.

(2) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. IV

ligatures sur les branches inférieures de l'artère utérine ; il ouvrait alors les culs-de-sac vaginaux, il isolait le col avec le doigt et le manche d'un scalpel, puis il sectionnait les tissus du col à la hauteur voulue.

Cette méthode a subi dans la suite de nombreuses modifications. L'opération, telle que SCHRÖDER la pratiquait dans ces dernières années, peut se résumer dans la description suivante. Après avoir abaissé le col avec des pinces de Muzeux, il incise circulairement à 1/2 ou 1 centimètre en dehors du néoplasme la muqueuse vaginale. Si celle-ci est déjà envahie par le cancer, il faudra commencer par l'exciser. J'ai vu SCHRÖDER enlever ainsi le tiers supérieur du vagin, en arrêtant le sang provenant des artères vaginales par le pincement et par des ligatures. Lorsque la muqueuse vaginale est incisée, il est facile de libérer le col de l'utérus en avant et en arrière ; le décollement est beaucoup plus difficile sur les côtés où se trouve le tissu paramétrique et par où les vaisseaux pénètrent dans l'utérus. Lorsqu'on tire le col utérin d'un côté, on sent parfaitement le tissu paramétrique se tendre, du côté opposé, sous la forme de cordons plus ou moins épais. Ces cordons doivent être liés en masse au moyen d'une aiguille de DESCHAMPS, demi-mousse, armée d'un fil, puis coupés en dedans des ligatures. Par ce moyen, on peut libérer le col de ses attaches latérales, aussi haut qu'on le désire et sans perdre de sang.

Les ligaments sacro-utérins empêchent souvent l'opérateur d'abaisser convenablement l'utérus ; il suffit alors de les lier et de les couper pour rendre cet organe beaucoup plus mobile.

Il est toujours à souhaiter de pouvoir mettre à nu le champ opératoire, à l'aide des spéculums et des valves de SIMON pour contrôler de visu la marche de l'aiguille et du bistouri. Mais lorsque l'utérus ne se laisse pas abaisser et que le vagin est très étroit, on peut être forcé d'opérer en se guidant simplement sur le doigt. Il faudra toujours tâcher de lier les

faisceaux de tissu paramétrique le plus possible en dehors du col pour ne pas risquer d'inciser trop près de cet organe.

Lorsque l'utérus est libéré à la hauteur voulue, on incise d'abord sa paroi antérieure jusque dans le canal cervical et avant d'aller plus loin, on passe une suture profonde à travers la muqueuse vaginale, le tissu paramétrique et la paroi du col (ou de l'utérus) de façon à faire sortir l'aiguille par le canal cervical. Si l'hémorrhagie persiste, on place ainsi plusieurs sutures profondes avant d'achever la section du col.

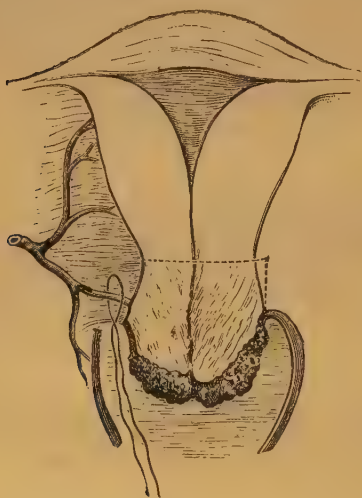


Fig. 97. — Amputation supra-vaginale du col, d'après SCHRÖEDER.

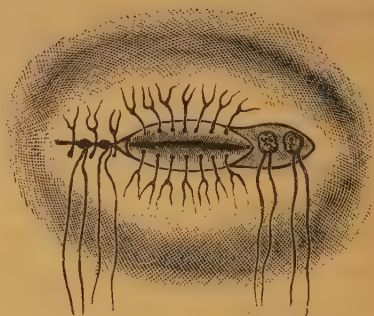


Fig. 98. — Disposition des sutures.

On termine l'opération en fixant de toutes parts la paroi vaginale au moignon utérin.

La plaie de la muqueuse vaginale étant beaucoup plus étendue que l'ouverture du col excisé, la muqueuse du vagin se dispose en plis qui rayonnent du canal cervical vers les culs-de-sac vaginaux. Sur les côtés du col, dans les culs-de-sac latéraux se trouvent des ouvertures qui livrent passage aux fils des ligatures latérales.

Lorsque ces ligatures ont été bien faites, la section du col ne détermine d'ordinaire qu'une perte de sang insignifiante. Quand on ouvre le péritoine qui tapisse en arrière le cul-de-sac de Douglas, on suture la plaie ainsi produite avec du catgut ou de la soie fine, ou bien on fixe par la suture le péritoine au moignon utérin. Pour le reste, cet accident n'aggrave pas l'opération. Les figures 97 et 98 représentent d'une manière schématique l'excision du col et la disposition définitive des sutures. Dans le but de prévenir l'infection, on fera bien d'irriguer les plaies des culs-de-sac vaginaux avec une solution phéniquée à 5 0/0 avant de placer les sutures.

L'opération terminée, on lave une dernière fois le champ opératoire avec une solution désinfectante et on le saupoudre d'iodoforme. On introduit dans le vagin un tampon de gaze iodoformée qu'on laisse à demeure pendant cinq à huit jours. On fera bien d'attendre longtemps avant d'enlever les fils.

Mortalité. — Sur 141 opérations pareilles, pratiquées avant le 1^{er} avril 1887 par SCHRÖDER, il n'y a eu que 10 cas de mort par suite de l'opération. J'ai pratiqué moi-même 30 fois l'ablation totale du col de l'utérus sans perdre une seule malade. Je crois avoir prouvé d'une façon irréfutable (1) que cette méthode d'extirpation partielle de l'utérus suffit à guérir radicalement certaines formes de cancer du col. L'extirpation totale de l'utérus par le vagin n'est donc pas indispensable dans tous les cas.

KALTENBACH (2) a imaginé une autre méthode pour l'excision totale du col dans le cas de prolapsus considérable avec hypertrophie de cet organe. Il commence par entourer en avant de la vulve toute la partie prolabée avec un tube élastique. Il fait alors sur la muqueuse vaginale, au niveau de son inser-

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIII. et *Berliner klin. Wochens.* 1885.

(2) Voir HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, § 126.

tion sur le col, une incision circulaire et il isole le col jusqu'à la hauteur à laquelle il doit être amputé.

Pour ce dernier temps de l'opération, il introduit dans le canal cervical une branche de ciseaux et il divise le col en deux lambeaux, qu'il excise ensuite successivement et dont il réunit les moignons avec la muqueuse vaginale. Au besoin, il pratique la ligature en masse des vaisseaux qui pénètrent dans l'utérus sur les côtés. Si la recherche de ces vaisseaux présente trop de difficultés, il excise de part et d'autre un

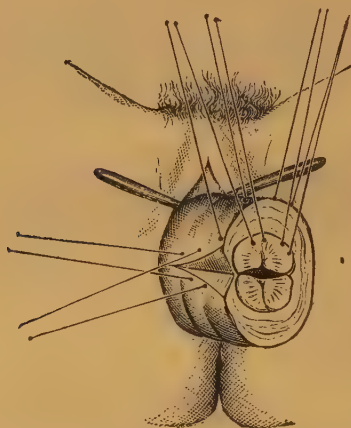


Fig. 99. — Amputation supra-vaginale du col d'après KALTENBACH.

lambeau triangulaire de muqueuse vaginale (fig. 99). Cette manœuvre a l'avantage de rétrécir encore le calibre du canal vaginal.

Pronostic des opérations pratiquées sur le col.

Pour peu que le vagin soit large et l'utérus mobile, les opérations sur le col de l'utérus ne sont pas entourées de trop de difficultés. Elles peuvent devenir fort laborieuses dans les conditions inverses.

Autrefois, le chirurgien avait à lutter contre *l'infection* et contre *l'hémorrhagie*. Les plaies du tissu cervical ne s'infectent pas facilement, mais les lésions du tissu cellulaire paracervical subissent très aisément l'infection. Il est donc indispensable que le chirurgien prenne toutes les précautions antiseptiques décrites au chapitre II de ce livre.

Les dangers de *l'hémorrhagie* se réduisent au minimum, si on prend la précaution de fermer immédiatement toutes les plaies par la suture. La constriction élastique provisoire, vantée par MARTIN, ne me paraît indispensable que lorsque le col est très vasculaire et très hypertrophié. Les dangers de l'hémorrhagie augmentent énormément dès qu'il est nécessaire d'entrer profondément dans le tissu conjonctif paracervical, où rampe l'artère utérine avec ses fortes branches. Pour conjurer le péril, on aura soin, dès que la muqueuse vaginale est incisée, de se guider sur le doigt pour lier les faisceaux de tissu conjonctif avec les artères qu'ils renferment. Si ces ligatures ont été bien appliquées, on pourra couper le col sans avoir à redouter de perte abondante de sang.

Le *choix* des méthodes dépend du but qu'on poursuit. Si l'on n'a en vue qu'un résultat plastique, on aura recours aux méthodes les plus simples. Si on désire enlever une partie plus ou moins étendue du col, on s'adressera à des méthodes d'amputation plus complètes et plus compliquées. Comme opération plastique, *l'excision cunéiforme* mérite la préférence : grâce à la suture, elle permet de donner au col telle forme qu'on désire. L'excision, suivie de la réunion par la suture, donne une cicatrice plus régulière que l'amputation par l'anse galvano-caustique. Il est vrai que cette dernière méthode détruit les tissus cancéreux dans la surface de section du moignon, mais en revanche, on peut, avec le bistouri, pratiquer l'amputation aussi haut qu'il paraît nécessaire.

Si l'amputation totale du col est indiquée, je donne à la méthode de SCHRÆDER la préférence sur celle de HEGAR :

elle permet d'enlever toute l'épaisseur du col y compris le tissu paramétrique, et elle est d'une exécution plus régulière et plus sûre.

Je n'ai pas d'expérience personnelle au sujet de l'opération préconisée par KALTENBACH dans le cas de prolapsus considérable. Cependant, je suis loin de mettre en doute la valeur pratique de cette méthode. KALTENBACH y a eu recours 26 fois et il est très satisfait des résultats obtenus.

CHAPITRE XI

OPÉRATIONS SUR LE CORPS DE L'UTÉRUS

Généralités. — La situation de l'utérus au fond de la cavité abdominale, la richesse de sa vascularisation, qui lui est fournie par les artères utérines et spermatiques, ont fait pendant longtemps considérer les opérations pratiquées sur cet organe comme des entreprises chirurgicales de la plus haute témérité. Grâce aux progrès de l'antisepsie et de la technique opératoire, réalisés pendant ces dix dernières années par HEGAR et SCHRÖDER en Allemagne, par PÉAN en France et par LAWSON TAIT et KEITH en Angleterre, ces opérations n'inspirent plus autant de frayeur aujourd'hui. Un certain nombre d'entr'elles, entr'autres la myomotomie, sont encore actuellement fort difficiles et fort dangereuses, mais il en est d'autres, telles que l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, dont la mortalité ne s'élève plus même à 10 0/0.

Cet abaissement de la léthalité a beaucoup contribué à étendre les indications opératoires. Aussi longtemps que ces opérations entraînaient presque constamment la mort, on ne se risquait à les entreprendre que dans les cas *désespérés* : dès que cette gravité a baissé, les indications opératoires se sont étendues et sont devenues plus nombreuses. Un certain nombre d'affections, telles que le cancer, constituent une indication absolue à l'intervention ; mais dans le plus grand nombre des cas, il faut, avant d'entreprendre l'opération, tenir compte des résultats obtenus.

Indications générales. — Les maladies de l'utérus qui donnent lieu à une indication opératoire sont ou bien des néoplasmes, ou bien des états hyperplasiques de la muqueuse ou du tissu même de l'organe. Dans quelques cas plus rares, c'est une inversion, rebelle aux autres formes de traitement, qui réclame l'intervention. Parmi les maladies de la muqueuse utérine, signalons certaines variétés bénignes d'hyperplasie produites par l'inflammation chronique ou par des avortements, et les néoplasmes vrais de la muqueuse : adénomes, cancer et sarcome.

Les affections du tissu utérin, qui justifient l'intervention opératoire, sont toujours des *néoplasmes*, bénins comme les myomes, ou malins comme les *carcinomes* et les *sarcomes*.

Très souvent, le tissu musculaire et la muqueuse de l'utérus sont affectés en même temps. L'hyperplasie bénigne de la muqueuse utérine est même presque toujours compliquée d'hypertrophie des parois de l'organe. Dans ce dernier cas, on peut encore à la rigueur se borner au traitement (curettage) de la muqueuse utérine, mais dans la plupart des autres affections, il convient d'attaquer simultanément la muqueuse et la substance même de l'organe, soit pour des raisons techniques (myomes), soit à cause de la nature même du mal (carcinome).

Le manuel opératoire et le pronostic de ces opérations varient énormément, selon qu'il est possible ou nécessaire de les pratiquer *par le vagin* ou *par la cavité abdominale*. A ce point de vue, les opérations pratiquées sur le corps de l'utérus, peuvent être rangées en trois groupes :

1° *Curettage* de la muqueuse utérine.

2° Ablation de tumeurs *par la voie vaginale* : extirpation de polypes ; énucléation de myomes ; parfois amputation du corps de l'utérus.

3° Ablation de tumeurs utérines *par la voie abdominale* (myomotomie, amputation de l'utérus).

§ 12. — Curettage de la muqueuse utérine.

Indications. — Cette opération peut être indiquée dans les conditions suivantes :

1° Comme traitement *palliatif* des néoplasmes de mauvaise nature : lorsque l'extirpation totale de l'utérus n'est plus possible, l'ablation des végétations cancéreuses ou autres arrête parfois les hémorragies et les pertes fétides (1) ;

2° Avant d'entreprendre une grande opération sur l'utérus, pour débarrasser la cavité de l'organe des matières putrides qu'elle renferme ;

3° Dans le cas de prolifération non maligne de la muqueuse utérine, comme moyen curatif, ou pour rendre cette muqueuse plus sensible à un traitement ultérieur ;

4° Pour pouvoir examiner au microscope quelques parcelles de la muqueuse malade et assurer le diagnostic (2).

Les *deux premières* indications n'ont pas besoin de plus amples explications ; mais il n'en est pas de même de la *troisième*, qui est encore aujourd'hui comprise par les auteurs d'une façon fort différente. Sans approuver la conduite de ceux qui ont recours à la curette ou à la cuiller tranchante dans tous les cas d'hémorragie utérine, de quelque nature qu'elle soit, je crois cependant que dans toutes les maladies *caractérisées par un état de prolifération de la muqueuse utérine*, l'emploi de la curette est le procédé de traitement à la fois le plus sûr et le plus rapide. Si l'endométrite paraît

(1) Consulter DESPRÉAUX. *Du curettage de l'utérus. Indications et technique.* G. Steinheil, éditeur. Paris, 1888.

(2) L'état puerpéral infectieux est donné par quelques auteurs comme une cinquième catégorie d'indications du curettage. Consulter à ce sujet A. CHARTIER. *Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus.* G. Steinheil, éditeur, Paris 1889.

due à la rétention des débris de la caduque après un avortement, il me paraît formellement indiqué de procéder le plus tôt possible à l'extraction de ces débris. Je reviendrai plus loin sur les dangers que présente le râclage de la cavité utérine dans ces conditions.

Pour ce qui est de la *quatrième indication*, les travaux remarquables de RUGE et VEIT (1), continués plus tard avec un zèle infatigable par C. RUGE, ont mis en pleine lumière la valeur de l'examen microscopique de fragments enlevés par la curette à la muqueuse utérine. J'ai eu bien souvent l'occasion d'apprécier l'importance de ce mode d'exploration.

Je n'ignore nullement les *objections* qu'on a faites à cette méthode d'investigation. Je fais évidemment abstraction des arguments de ceux qui, par parti pris, dénie toute valeur à des recherches qu'ils ne connaissent que par ouï dire. Mais des auteurs forts compétents en la matière ont émis des doutes sur l'importance des résultats fournis par la méthode qui nous occupe. Ces résultats ne sont pas toujours *absolument certains*, c'est évident : c'est là un désavantage que l'examen microscopique partage avec tous les autres procédés d'investigation. Il est clair aussi que pour arriver à des résultats positifs, il faut une certaine habitude de la technique microscopique. Ce qui pour moi est indéniable, c'est que le microscope fournit, dans la plupart des cas, des données que toutes les autres méthodes d'exploration *sont impuissantes à fournir*.

SCHULTZE prétend que pour le curettage de la cavité utérine, il faut au préalable avoir dilaté le canal cervical suffisamment pour pouvoir explorer avec le doigt l'intérieur de la cavité. A mon avis, cette exploration est dans la plupart des cas *inutile*, d'autant plus que la sonde fournit d'ordinaire des renseignements suffisamment nets sur l'état de la

(1) Zur Pathologie der Vaginalportion : *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. II.

muqueuse utérine. Cependant, je reconnais que cette dilatation, faite dans un but de diagnostic, est parfois très utile; notamment pour constater l'existence de petits polypes intra-utérins.

Manuel opératoire. — Quelques auteurs conseillent de placer la malade dans le décubitus latéral et de découvrir le col à l'aide du spéculum de Sims. Je ne vois pas d'avantage à employer cette méthode; j'ai toujours réussi à pratiquer le curettage de la muqueuse utérine en mettant la malade sur le dos et en me servant du doigt comme guide. Il faut au préalable désinfecter convenablement le vagin et le col, et nettoyer la cavité utérine au moyen de la sonde intra-utérine. Cela est très facile chez les femmes qui ont eu des enfants; mais chez les nullipares, il est parfois nécessaire de dilater le canal cervical à l'aide des dilateurs (Voir fig. 40).

Toutes ces manœuvres sont rendues plus faciles si on a soin de fixer le col au moyen d'une pince érigne implantée dans la lèvre antérieure. On introduit jusqu'au fond de l'utérus une curette pas trop petite (fig. 100 *a*) et on râcle la muqueuse utérine par des mouvements dirigés d'abord de haut en bas et puis d'un côté vers l'autre, en exerçant une certaine pression sur la curette. On termine l'opération en grattant la muqueuse du fond de l'utérus et celle qui avoisine l'ouverture des trompes.

Le plus souvent les débris de muqueuse détachés sortent d'eux-mêmes de l'orifice externe; d'autres fois il est nécessaire de retirer la curette pour les entraîner au dehors.

S'il s'agit de faire le curage de l'utérus, *peu de temps après les couches*, il faut user de la plus grande prudence pour éviter de traverser les parois ramollies de l'organe. En pratiquant des autopsies de femmes mortes pendant la période puerpérale, j'ai vu dans certains cas la sonde perforer la paroi utérine dans tous les sens avec la plus grande facilité.

Pour conjurer cet accident, il faudra employer des curettes assez larges ; d'ailleurs la main sent fort bien si la curette arrive au contact du muscle utérin.

Pour enlever des masses dures et volumineuses, par exemple dans les néoplasmes de mauvaise nature, on se servira de préférence de la curette de SIMON (fig. 100 *b*).

Le curettage terminé, on fait une nouvelle irrigation utérine, pour entraîner les débris de tissus et les caillots de sang, et désinfecter la plaie de la muqueuse utérine. Dans le



Fig. 100 *a*. — Curette.



Fig. 100 *b*. — Curette de SIMON.

cas, du reste fort rare, où une hémorragie abondante persisterait, il faudrait ou bien chercher à provoquer des contractions utérines par une irrigation d'eau très chaude, ou arrêter directement l'écoulement de sang par une injection intra-utérine de perchlorure de fer pur ou dilué, ou faire un tamponnement énergique du vagin.

Il arrive, après des avortements, que le tissu utérin reste absolument *flasque* et c'est alors que le curage de la cavité utérine provoque d'abondantes hémorragies. Dans deux cas de cette nature, après avoir employé sans succès tous les autres moyens, j'ai été obligé de tamponner énergiquement la cavité utérine avec de la gaze iodoformée. Dans l'un de ces cas, l'anémie était tellement prononcée, que j'ai eu recours à la transfusion faite avec une solution de sel marin et c'est à cette manœuvre que je suis redevable d'avoir pu sauver la vie de ma malade. Je laissai la gaze iodoformée en place pendant quelques jours, puis je la retirai sans que l'hémor-

ragie se renouvelât. On n'aura recours à ces moyens extrêmes que dans les cas assez rares où les hémorragies antérieures auraient déjà pris un caractère alarmant.

Il est à peine besoin de dire qu'un seul râclage utérin ne suffit généralement pas à guérir une endométrite avec prolifération de la muqueuse ; cette petite opération n'est d'ordinaire que la préface d'un traitement général et médicamenteux prolongé. Si la muqueuse utérine est le siège d'une affection de nature maligne, le râclage et l'irrigation de la cavité utérine ne constituent de même qu'une partie du traitement.

Si on pratique le râclage pour débarrasser l'utérus de matières putrides, en vue d'une opération plus importante et plus grave, on fera bien d'introduire dans la cavité utérine des substances médicamenteuses, capables de prévenir de nouvelles décompositions, telles que des bâtonnets d'iodoforme ou une émulsion d'iodoforme dans la glycérine.

Si le râclage a été fait en désespoir de cause et parce qu'une opération radicale n'était plus possible, on portera sur la plaie des liquides caustiques, ou des substances qui déterminent une violente irritation des tissus, par exemple des solutions concentrées de chlorure de zinc, de l'alcool, etc.

Le *pronostic* du râclage de l'utérus est favorable, si on a eu soin d'entourer cette petite opération de soins antiseptiques rigoureux ; dans le cas contraire, il peut survenir de violentes inflammations paramétriques.

§ 13. — Opérations pratiquées dans le but d'extirper
des tumeurs de l'utérus par le vagin.

Indications. — Comme nous l'avons déjà fait observer au commencement de ce chapitre, les opérations faites sur le corps de l'utérus, et qui n'entraînent pas l'ablation totale de cet organe, concernent presque exclusivement des myomes, beaucoup plus rarement des sarcomes ou des carcinomes. Abstraction faite de l'amputation de l'utérus *gravide*, après opération césarienne, opération qui diffère beaucoup en principe, mais très peu en pratique, de certaines d'entre les opérations que nous allons étudier, il n'existe dans la littérature qu'un nombre fort restreint de cas où des opérations aient été faites sur le corps de l'utérus pour un autre motif que pour l'ablation de myomes. Je reviendrai sur cette question à la fin de ce chapitre.

Eu égard à la voie par laquelle on peut attaquer les myomes, on peut diviser ces opérations en deux groupes :

1° L'ablation des myomes par la voie vaginale.

2° La myomotomie pratiquée par la voie abdominale après laparotomie.

On peut établir un certain parallèle entre ces deux groupes d'opérations, au point de vue de leur *gravité* : qu'elle soit faite par la voie abdominale ou par le vagin, l'ablation des myomes pédiculés est généralement facile et peu dangereuse, tandis que l'extirpation de tumeurs fibreuses siégeant dans la paroi même de l'utérus, peut offrir les plus grandes difficultés et les plus grands dangers. Les difficultés de l'extraction des tumeurs fibreuses par le vagin, résident en majeure partie dans la situation profonde du champ opératoire au fond du canal inextensible formé par le bassin

osseux. Aux difficultés de l'intervention s'ajoute, si on opère par la laparotomie, la menace de l'infection de la séreuse péritonéale. Chacune de ces deux voies présente donc des dangers et des difficultés qui lui sont propres. Il est des cas, et ce sont précisément les plus compliqués et les plus graves, où il est fort difficile de décider quelle sera la meilleure voie à suivre. Malgré les progrès réalisés dans l'antisepsie et dans la technique opératoire, nous sommes bien loin de la perfection, sous l'un comme sous l'autre rapport.

Pour les raisons que nous avons exposées plus haut, nous étudierons aussi dans ce chapitre le traitement opératoire des myomes du col.

Cherchons d'abord à déterminer quelle sera, dans chaque cas particulier, la meilleure voie à suivre pour l'ablation des tumeurs fibreuses. Il semble à première vue que la voie vaginale doit surtout convenir aux myomes qui partent du segment inférieur, et plus particulièrement du col de l'utérus. Mais cette règle est loin d'être *générale*: bon nombre de myomes développés de prime abord dans les parties supérieures de l'utérus se laissent aisément enlever par le vagin, et inversement, il y a des myomes *volumineux* du col de l'utérus, dont l'ablation est plus facile par la voie abdominale.

Les myomes qui se prêtent le mieux à l'opération par la voie vaginale sont :

1° Ceux qui ont déjà franchi le col ou qui peuvent le franchir sans trop de difficultés ;

2° Ceux qui, eu égard à leur point de départ dans l'utérus sont mieux accessibles par le vagin que par le ventre ; mais il faut alors qu'ils ne soient pas trop volumineux pour pouvoir traverser le petit bassin et les parties molles du canal génital.

Il n'est pas possible de déterminer le volume que ne doit

pas dépasser un fibrome pour pouvoir être extrait par le vagin : nous disposons aujourd'hui de procédés qui permettent parfois d'amoindrir, suffisamment pour rendre possible leur extraction par le vagin, des tumeurs fibreuses allant jusqu'à l'ombilic. Cependant il y a des fibromes qui tout en se prêtant bien, quant à leur siège, à ce mode d'extirpation, ont pris un tel développement, qu'on ne songe même pas à les attaquer par le vagin, ou tout au moins que leur extraction



Fig. 101. — Polype fibreux inséré au fond de l'utérus.

par les voies naturelles est tout aussi dangereuse que la laparotomie.

Pour ce qui regarde la première catégorie de myomes, ceux qui ont déjà franchi le col ou qui peuvent aisément le franchir, il n'est pas possible non plus de donner des règles absolues et de fixer des limites précises. C'est ainsi qu'on

peut fort bien enlever par le vagin un myome qui est encore renfermé dans la cavité utérine, et qui n'a pas encore distendu le canal cervical, pourvu que ce dernier conduit se laisse sans trop de danger dilater suffisamment pour livrer passage à la tumeur.

L'ablation par la voie vaginale est surtout aisée pour les myomes pédiculés quel que soit le siège de leur point d'implantation sur l'utérus. La figure 101 représente un myome implanté au fond de l'utérus par un long pédicule.

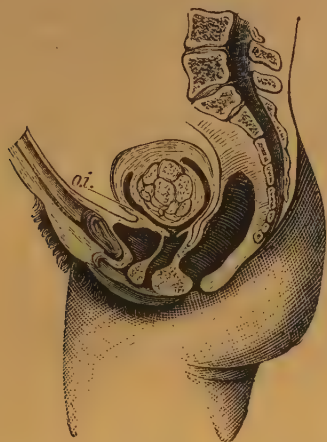


Fig. 102. — Myome largement adhérent au fond de l'utérus.

Au début de leur développement, toutes les tumeurs fibreuses sont logées dans la substance musculaire de l'utérus ; plus tard, elles s'accroissent dans la direction où la résistance est à son minimum, dans le cas que nous supposons vers la muqueuse, qu'elles repoussent et font bomber vers l'intérieur de la cavité utérine. Si leurs attaches avec le muscle utérin sont fort étendues, elles restent reliées à l'utérus par une large surface d'implantation ; mais si l'insertion était fort étroite dès le début, il se forme un pédicule qui, en s'allon-

geant et en s'amincissant, permet aux contractions utérines de chasser la tumeur jusque dans ou même jusqu'à travers le canal cervical. J'ai vu ce travail d'expulsion s'effectuer en quelques jours pendant la période menstruelle, époque fort favorable, comme on sait, à ce genre d'évolutions.

Ce travail de pédiculisation est d'autant plus malaisé que le myome siège plus haut et qu'il est rattaché à l'utérus par une plus large surface de tissu. La cavité cervicale peut se raccourcir et même s'effacer et l'orifice interne s'entr'ouvrir



Fig. 103. — Myome du col.

sans que la tumeur puisse franchir, à proprement parler, le col de l'utérus. La figure 102 donne un exemple de ces dispositions.

Les myomes qui présentent les rapports que nous venons de décrire doivent être extirpés par le vagin, alors même qu'ils partent du corps de l'utérus. Au contraire, cette méthode me paraît contre-indiquée lorsque le col n'est pas ou n'est qu'incomplètement effacé. Dans ces conditions, si une intervention est indispensable, on aura recours à la castration ou à la myomotomie abdominale, qui sont l'une et l'autre

tre moins dangereuses que l'extraction forcée par le vagin (1).

Au second groupe de tumeurs qui se prêtent à l'extraction par les voies naturelles appartiennent les myomes qui partent de la substance même du col. Cette méthode est surtout indiquée lorsque la tumeur s'est développée du côté du canal cervical et du vagin, mais elle a été employée également pour des myomes du col qui avaient envahi le tissu conjonctif pelvien (2).

Les *myomes du col* affectent deux dispositions bien différentes : tantôt ils se développent à l'intérieur même d'une des lèvres du col, qu'ils distendent énormément, tandis que l'autre lèvre prend la forme d'un pli semi-lunaire tendu tout autour de la tumeur (fig. 103); d'autres fois le myome se développe plutôt vers le canal cervical, et la partie inférieure de la lèvre du col, envahie par le néoplasme, conserve sa forme normale (fig. 104).

En se développant soit en haut, vers la cavité utérine, soit en bas, vers le vagin, les myomes du col peuvent donner naissance aux complications les plus caractéristiques.

Les difficultés opératoires sont surtout considérables lorsqu'un myome du col s'accroît en même temps vers le vagin et vers le tissu cellulaire pelvien. J'ai enlevé dernièrement avec succès une tumeur de cette espèce; l'opération n'était pas difficile parce que le fibrome était fort mou et que les tissus étaient fort relâchés. Mais il est des circonstances où cette opération devient très grave, tout en étant plus facile que la myomotomie abdominale.

Les *indications* de l'extraction des myomes par les voies naturelles sont fort variables. Dans la plupart des cas, les

(1) LOMER, Ueber die Enucleation der Myome. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. IX.

(2) Voir CZERNY, Vaginale Myomotomie, *Wien. med. Wochenschr.*, 1881, nos 18 et 19. Il ne faut pas confondre cette variété de myomes avec les myomes proprements dits du tissu cellulaire pelvien, qui sont justiciables d'opérations d'un autre genre (Voir § 24).

myomes sous-muqueux irritent la muqueuse utérine et occasionnent des hémorragies qui réclament l'intervention chirurgicale. Souvent les hémorragies utérines se compliquent de pertes abondantes de mucosités, et, si le myome est mou et mal nourri, de nécroses partielles. Toutefois ces nécroses ne sont très étendues que lorsque la tumeur se trouve en partie au-devant des organes génitaux externes : le segment de



Fig. 104. — Myome du col.

tumeur qui fait saillie au-devant de la vulve se gangrène par suite de la compression exercée par l'orifice d'entrée du vagin. Dans un cas fort intéressant que je viens d'observer dans ma clinique à Giessen, la nécrose avait complètement envahi un fibrome, plus gros qu'une tête d'enfant, qui était descendu dans le vagin ; je n'ai pas pu m'expliquer cet ac-

cident autrement que par la constriction exercée sur la tumeur par l'orifice externe, qui était fort tendu et refoulé jusqu'au-dessus du détroit supérieur.

Les *pertes séreuses continues* et les *hémorrhagies* affaiblissent les malades au dernier point ; cette déperdition des forces explique le caractère de gravité qui, aux yeux du public, se rattache à la signification du mot « polype ».

D'autres fois l'opération est indiquée par des phénomènes de compression des organes pelviens, résultant soit du volume de la tumeur, soit de sa situation dans le segment inférieur de l'utérus.

Outre les signes généraux de la compression des organes du petit bassin, on observe parfois des difficultés ou même l'impossibilité complète de la *miction spontanée*. Pour que cet accident survienne, il n'est pas indispensable que l'urètre soit comprimé contre la symphyse ; comme dans le cas de rétroflexion de l'utérus gravide, il suffit parfois d'un degré très peu marqué d'obstruction du petit bassin pour amener la rétention d'urine. Du reste, les causes de cet accident ne sont pas encore bien élucidées : il arrive qu'on ne l'observe pas pour des tumeurs qui remplissent tout le petit bassin, tandis qu'on le rencontre souvent pour les fibromes peu volumineux qui siègent à l'entrée du petit bassin et qui compriment le col de la vessie.

On peut poser, en règle générale, pour l'énucléation des tumeurs fibreuses par le vagin, comme pour la myomotomie, que l'opération est d'autant plus *grave* que le myome est plus *volumineux*. Il est donc à conseiller de pratiquer l'opération le plus tôt possible.

Diagnostic de la tumeur. — Avant d'entreprendre l'opération, il faut autant que possible poser un diagnostic précis et se renseigner sur les rapports anatomiques qu'affecte la tumeur vis-à-vis du col, du corps de l'utérus, du tissu cellu-

laire pelvien, sur le mode d'insertion de la tumeur etc. Ce diagnostic est parfois très aisé ; mais lorsque la tumeur remplit tout le vagin, il peut se heurter aux plus grandes difficultés. Il faut alors recourir à l'anesthésie, et pendant l'opération même, après avoir déplacé ou amoindri la tumeur, chercher à connaître les dispositions anatomiques de la tumeur.

Lorsque le myome est sous-muqueux et renfermé encore à l'intérieur de la cavité utérine, il n'est déjà pas toujours facile de reconnaître simplement son existence ; on aura recours alors à l'exploration au moyen de la sonde et au besoin à la dilatation préparatoire du col de l'utérus et on cherchera à se rendre compte si la tumeur est tout à fait interstitielle, si elle est rattachée à l'utérus par une large surface ou si elle est déjà plus ou moins pédiculée. Ces recherches sont de la plus haute importance tant au point de vue de la *méthode opératoire* à employer que du *pronostic* de l'opération.

Des erreurs de diagnostic fort regrettables peuvent être faites avec les *fibro-sarcomes*, dont la ressemblance au point de vue clinique, avec les fibromes ordinaires pédiculés, peut être parfaite. Sans vouloir toucher à la question de la transformation spontanée des fibromes bénins en sarcomes (1), je tiens cependant à constater leur parfaite identité au point de vue de la configuration extérieure. Ce qui m'a frappé dans tous les cas de fibro-sarcomes que j'ai observés, c'est leur fragilité et leur *friabilité*, qui sont beaucoup plus marquées que celles des fibro-myomes même ramollis par la nécrose.

Les fibro-sarcomes étaient autrefois décrits sous le nom de « *recurrent fibroids* » (2) ce qui ne veut pas dire que ces tumeurs à récidives étaient toujours de nature maligne au moment de la première opération (3).

(1) Voir GUSSEROW, *Neubildungen des Uterus*, § 53 et suiv.

(2) BARNES, *Clinical Lectures*.

(3) Voir GUSSEROW, *loc. cit.*

J'ai fait moi-même la triste expérience de la facilité avec laquelle on peut confondre un myome avec un fibro-sarcome. Il s'agissait d'une tumeur grosse comme le poing, rattachée au col par un mince pédicule. L'opération fut facile mais l'extrême friabilité de la tumeur me frappa. Trois mois plus tard, la malade revint : il y avait récidence sur place, et d'autre part le néoplasme avait déjà envahi les bords latéraux de l'utérus. J'ai vu SCHRÆDER opérer un cas suspect de cette nature, où la récidence eut lieu, mais où il fut encore possible de pratiquer l'extirpation totale de l'utérus, dont les parois étaient remplies de myomes multiples.

Chaque fois qu'il s'agira de myomes *très friables*, on fera bien, pour éviter des surprises désagréables, de soumettre un fragment de la tumeur à l'examen microscopique. J'ai cependant opéré un cas de polype fibreux où il survint, au point de l'excision du pédicule, une récidence de la grosseur d'une noisette. J'extirpai cette nouvelle tumeur ainsi que les tissus ambiants, et l'examen microscopique prouva qu'il s'agissait d'un fibro-myome de nature bénigne.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire varie beaucoup selon que la tumeur est plus ou moins pédiculée, selon qu'elle est logée ou non à l'intérieur de la paroi utérine. Dans le premier cas, il peut être malaisé d'arriver au pédicule, soit parce que le myome est encore renfermé dans la cavité utérine, soit parce qu'étant fort volumineux, il met obstacle au passage de la main et des instruments. On opérera de la manière suivante.

Après avoir pris les mesures antiseptiques nécessaires, il faudra saisir la tumeur avec de fortes pinces de Muzeux, l'attirer en bas, et à l'aide d'un spéculum ou sur le doigt comme guide, tâcher d'arriver à la tumeur avec une forte paire de ciseaux courbés sur le plat pour couper le pédicule. Si le pédicule vient de la profondeur de l'utérus, on évitera

de trop abaisser la tumeur et de couper le pédicule trop haut, pour ne pas risquer de renverser la paroi utérine et de la blesser avec les ciseaux.

Il est arrivé à SCHRÆDER, en attirant la tumeur pour l'énucléer, d'arracher une partie de la paroi utérine ; il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais la malade succomba quelques jours après à la péritonite qui en était résultée.

Dans un cas analogue, WERTH (1) fut forcé de recourir à l'extirpation totale de l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie.

En tout état de cause, on fera bien de sectionner le pédicule tout près de la tumeur, ou, si la surface d'insertion est plus large, de n'inciser que la muqueuse et les couches musculaires superficielles et de détacher les tissus du pédicule proprement dit à l'aide du doigt. Il est *rare* de voir survenir de fortes hémorrhagies ; si cet accident survenait, il faudrait tamponner énergiquement le vagin et l'utérus, au besoin avec de l'ouate au perchlorure de fer.

La section simple du pédicule est suffisante dans la majorité des cas ; si on prévoyait des difficultés extraordinaires, on pourrait, avant de faire la section, entourer le pédicule d'une forte ligature de soie ou d'un lien élastique.

Si le volume de la tumeur empêche d'arriver jusqu'au pédicule, il faudra commencer par l'amoindrir en excisant des fragments coniques. Cette opération *préliminaire* est rarement suivie d'hémorrhagies importantes, attendu que le tissu des fibromes n'est pas très vasculaire. On saisit l'extrémité inférieure de la tumeur, on la découvre à l'aide des valves de SIMON et, au moyen d'un grand couteau lancéolé, on enlève un cône épais de tissu. Si cela ne suffit pas, on peut répéter une ou plusieurs fois la manœuvre. A l'excision de segments coniques, HEGAR préfère *l'allongement opératoire*. Son procédé consiste à faire autour du polype une longue

(1) *Arch. f. Gyn.* Bd. 22, I.

incision en spirale s'avancant jusqu'au milieu de la tumeur ; on parvient alors à abaisser le myome hors des organes génitaux externes et on arrive aisément jusqu'au pédicule.

Plus la surface d'insertion du fibrome sur l'utérus est large, et plus l'opération se rapproche de *l'énucléation*, c'est-à-dire de l'extraction du myome hors de la capsule dans laquelle il se trouve renfermé. La plupart des myomes se développent de façon à n'être unis au tissu utérin qui les environne que par des brides cellulaires plus ou moins épaisses : ils sont donc isolés du tissu musculaire utérin qui leur forme une sorte de capsule. Si la tumeur s'est développée en un point rapproché de la surface de l'utérus, cette coque sera mince ; si le fibrome est logé profondément dans la paroi de la matrice, la capsule est épaisse. Il est évident que les fibromes qui font saillie vers la cavité utérine ou vers le vagin sont recouverts en plus par la muqueuse utérine ou vaginale. Ces dispositions anatomiques existent aussi pour les tumeurs fibreuses d'un grand volume, et elles sont nettement dessinées pour les myomes du col.

C'est précisément sur ces rapports anatomiques qu'est basée la méthode opératoire à employer pour l'extraction de cette variété de tumeurs. Ce procédé consiste à inciser la muqueuse et la capsule jusque sur la tumeur et à énucléer celle-ci hors de sa coque. L'exécution en est souvent fort difficile, surtout lorsque la tumeur occupe le fond de l'utérus.

L'énucléation des myomes par le vagin suppose réalisées les conditions que nous avons énumérées plus haut : avant tout, il faut que le col soit dilaté, ou que le myome ait déjà suffisamment franchi le canal cervical pour que celui-ci n'offre plus d'obstacles trop marqués à l'extraction définitive de la tumeur. En l'absence de ces conditions, l'énucléation par le vagin des fibromes interstitiels et sous-muqueux est pour le moins aussi grave et aussi laborieuse que la castration ovarienne ou la myomotomie abdominale. On peut favo-

riser l'ouverture du col, d'abord en employant les méthodes de dilatation énumérées plus haut (chap. V. B.), puis en excitant les contractions utérines par des moyens appropriés : ergot, irrigations chaudes etc.

Au moment des règles, il survient parfois des contractions expulsives de la plus grande efficacité. Récemment encore, j'ai vu un polype plus gros qu'un œuf d'oie être entièrement expulsé, pendant la période menstruelle, hors du canal cervical qui était complètement fermé avant cette époque. Pour activer l'expulsion, j'avais prescrit de l'extract d'hydrastis canadensis.

Les myomes qui sont en partie ou en totalité chassés hors de la cavité utérine sont toujours plus ou moins pédiculés, et on peut les saisir avec des pinces et les attirer pour en pratiquer l'excision. Dans le cas contraire, on se servira des doigts ou des ciseaux, plus rarement du bistouri, après l'application d'un spéculum, pour diviser le revêtement muqueux et la capsule fibreuse, d'ordinaire très mince, qui enveloppent la tumeur, et on détachera les adhérences conjonctives qui unissent le myome au tissu utérin.

Si le fibrome est *largement adhérent* à la paroi utérine, il faudra prendre garde d'exercer de trop fortes tractions sur la tumeur pour éviter de renverser et de blesser l'utérus. Quant aux brides fibreuses plus épaisses qu'on ne parvient pas à déchirer avec les doigts, il faudra les couper avec des ciseaux, sur le doigt comme guide, le plus près possible de la tumeur.

Les fibromes interstitiels du col ou *du museau de tanche* qui sont entourés d'une épaisse couche de tissu musculaire peuvent être enlevés par la méthode d'énucléation vaginale, tant qu'ils n'ont pas dépassé un certain volume. Il est souvent fort difficile de décider si l'extirpation des fibromes du col par le vagin mérite la préférence sur la myomotomie abdominale, puisque ces deux méthodes opératoires sont égale-

ment difficiles et dangereuses. On se décide à opérer par le vagin lorsque le myome siège très bas dans le canal cervical ou que l'une des lèvres du col est seule envahie par le néoplasme. Cette préférence est basée non seulement sur l'accessibilité plus grande de ces tumeurs par le vagin, mais encore sur les dangers et les difficultés que présente le manuel opératoire de la myomotomie abdominale dans ces conditions. Il en est tout autrement dès que le col n'est pas encore effacé dans sa partie inférieure : la myomotomie abdominale est



Fig. 105. — Myome du col opéré par le vagin (HOFMEIER).

alors plus facile et l'extirpation par le vagin plus difficile. Le volume de la tumeur, la largeur et le relâchement du vagin, l'état du périnée etc., sont aussi des facteurs dont il faut savoir tenir compte avant de prendre une décision. Il n'est pas possible de fixer à cet égard des limites *précises* ; on réussit parfois à enlever en plusieurs séances par le vagin des myomes qui s'étendent jusqu'à l'ombilic. La figure 105 représente une tumeur que j'ai enlevée avec succès par le vagin. La figure 106 représente un myome très volumineux du col que SCHREDER a opéré avec succès par la voie abdominale. L'ex-

tirpation de semblables tumeurs par le vagin est parfois simple et facile ; d'autres fois elle constitue l'une des opérations les plus fatigantes et les plus laborieuses qu'on puisse pratiquer. La malade occupant le décubitus usité pour l'opération de la taille, on nettoiera le champ opératoire comme d'habitude et on découvrira la tumeur aussi largement que possible au moyen de spéculums en forme de gouttières. On

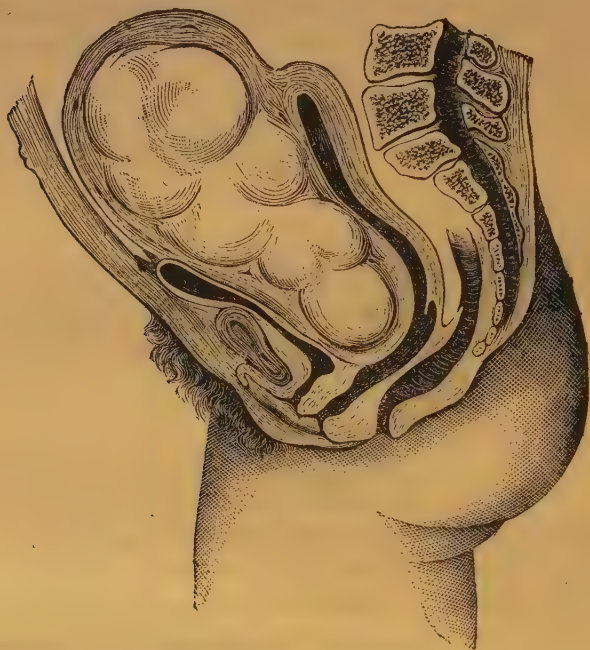


Fig. 106. — Fibrome du col opéré par la laparotomie (SCHRÖDER).

incise alors la muqueuse et la capsule de la tumeur, soit d'avant en arrière, ou mieux encore de gauche à droite, et on saisit la tumeur mise à nu à l'aide de fortes pinces de MÜLZEX ; on retire le spéculum et en exerçant de fortes tractions sur la tumeur, on essaie de la détacher des tissus avoisinants. Si le myome n'a pas encore effacé la partie inférieure de la

lèvre du col, on divisera celle-ci jusque contre la tumeur et on prolongera l'incision sur les côtés pour permettre au myome de sortir.

Le degré de facilité de l'opération dépend exclusivement du volume de la tumeur et de la nature des adhérences qui la rattachent à l'utérus. L'énucléation des tumeurs fibreuses *pendant la grossesse* et la *période puerpérale* est le plus souvent très aisée à cause du relâchement de tous les tissus pendant ces époques. Dans un cas décrit par LOMER (1), SCHREEDER a réussi assez facilement, peu de temps avant l'accouchement, à énucléer d'une des lèvres du col un myome de la grosseur du poing, et à substituer ainsi à l'opération césarienne, qui eut été inévitable, un accouchement simple et facile. URWITCH et MUNDÉ (2) rapportent des cas analogues.



Fig. 107. — Pince à polypes de SMITH.

Quand l'énucléation a été pratiquée aussi loin que possible, on saisira la tumeur avec de nouvelles pinces érigées et on cherchera à l'abaisser par des tractions continues vers le bas, combinées à des mouvements de latéralité. On pourra aider ces manœuvres en faisant abaisser énergiquement la tumeur, en pressant à travers la paroi abdominale. Si la forme et le volume de la tumeur sont à peu près ceux d'une tête d'enfant à terme, on pourra avec avantage se servir, comme instrument de traction, soit d'un forceps ordinaire, soit de la pince à polypes imaginée par SMITH (fig. 107).

Quand les adhérences sont en majeure partie détachées, il

(1) LOMER, *loc. cit.*

(2) *Centralbl. f. Gyn.* 1887, nos 31 et 32.

suffit de tirer sur la tumeur d'une manière continue, pour la libérer d'une manière complète. On évitera d'exercer des tractions trop énergiques, pour ne pas inverser l'utérus et ne pas déchirer le vagin. Il faudra redoubler de précautions au moment où on détachera le segment supérieur de la tumeur pour éviter de blesser la paroi utérine qui est parfois extrêmement distendue et amincie.

Pour pratiquer l'énucléation des myomes, le meilleur instrument est encore *la main*, malgré les difficultés que l'on éprouve parfois à l'insinuer entre la tumeur et les os du bassin. Je considère comme dangereux et peu pratiques tous les instruments qui ont été imaginés dans ce but, surtout en Amérique. Cependant il faudra avoir à sa disposition de longs et forts ciseaux légèrement recourbés pour diviser, sur la main comme guide, les brides fibreuses les plus résistantes.

Si la tumeur est trop volumineuse pour pouvoir traverser le bassin ou les parties molles, il faudra d'abord l'amoinrir. La méthode à laquelle j'ai toujours eu recours avec succès est l'excision de segments coniques, pratiquée, après introduction des valves du spéculum, au moyen d'un fort bistouri lancéolé. On gagne ainsi de la place pour ramener au centre du vagin les parties latérales de la tumeur et répéter au besoin l'excision. D'autres auteurs préfèrent recourir à *l'allongement opératoire*, qui consiste, comme nous l'avons dit, à pratiquer sur la tumeur des incisions transversales, ou une incision en forme de spirale permettant d'étirer la tumeur et de l'amener au-devant de la vulve.

Il peut arriver que le segment inférieur de la tumeur se déchire et se détache de la masse principale; c'est là un accident fâcheux qui empêche parfois de continuer et de terminer l'opération et qui peut du reste se présenter alors qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse dure et résistante. Si les pinces de Muzeux, implantées *aussi haut que possible* dans la tumeur, dérapent en déchirant les tissus, il n'y a d'autre res-

source que d'interrompre l'opération. C'est là, comme l'ont démontré HÉGAR et KALTENBACH, une complication des plus désagréables : les débris déchirés et imbibés de sang qu'on laisse dans la profondeur du bassin se gangrènent et se putréfient rapidement. Après ces opérations incomplètes, on peut toujours s'attendre à l'élimination de fragments de tumeurs nécrosés plus ou moins volumineux.

Si la suppuration ne dépassait pas certaines limites, ce travail d'élimination serait plutôt favorable, car il amène la rétraction des masses morbides qui restent attachées à l'utérus et qui pourraient alors à leur tour être expulsées par les seuls efforts de la nature. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Une de nos opérées a succombé au trismus, il y a de cela neuf ans et nous en avons perdu plusieurs autres par infection septique. Pour arrêter ce travail de suppuration, nous avons eu recours, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, aux irrigations désinfectantes légères continuées pendant des heures et même pendant des jours entiers. Il est aussi à conseiller d'introduire au fond de ces plaies anfractueuses, un ou plusieurs drains permettant de répéter à volonté les injections antiseptiques.

Pour empêcher les drains d'être expulsés, on pourra munir leur extrémité supérieure d'un segment transversal ou même encore on les suturera aux organes génitaux externes. On administrera en même temps de l'ergot ou de l'ergotine pour mettre le muscle utérin en action et favoriser l'expulsion de la tumeur. Ce résultat heureux s'obtient parfois assez rapidement. On peut alors répéter l'opération et aboutir ainsi à un succès définitif.

Il est arrivé à SCHRÖEDER de pratiquer deux opérations incomplètes, tout en enlevant chaque fois des fragments de tumeur d'un demi-kilogramme ; à la troisième tentative, il énucléa ce qui restait de la tumeur, à savoir une masse de 2 kilogr. 1/2, après quoi la guérison fut complète. Dans

plusieurs autres cas, nous avons observé l'élimination spontanée, par nécrose, de fragments de myomes très volumineux.

Soins consécutifs. — L'opération terminée, s'il ne survient pas d'hémorrhagie grave, ce qui n'arrive pas toujours, on pourra se borner à pratiquer une irrigation intra-utérine abondante. Mais il vaut encore mieux à mon avis, ne fût-ce que pour absorber et neutraliser les sécrétions, bourrer la cavité de la plaie avec de la gaze iodoformée qu'on laisse à demeure pendant plusieurs jours.

En cas d'hémorrhagie grave, on fera une irrigation abondante et prolongée avec de l'eau chaude (à 40° C.) ou avec de l'eau glacée ; si le sang continue à couler, on tamponnera énergiquement la cavité utérine avec de la gaze iodoformée et pour empêcher cette cavité de se distendre on appliquera autour de l'abdomen un bandage énergiquement compressif. En même temps on prescrira de l'ergot ou de l'ergotine pour provoquer de fortes contractions utérines.

Après cinq ou six jours, s'il ne survient pas de fièvre, on retirera la gaze iodoformée et on fera une irrigation vaginale désinfectante, pour entraîner les sécrétions accumulées dans le vagin. Le tissu utérin se rétracte d'ordinaire rapidement, et les plaies les plus étendues se rétrécissent et se ferment en peu de jours. Le temps que la malade met à se rétablir varie d'après le volume de la tumeur.

Le traitement opératoire est fort difficile et fort compliqué, lorsqu'il s'agit de fibro-myomes qui, au lieu d'être encapsulés et énucléables, se continuent sans limites précises avec la substance utérine. Ces cas sont rares. J'en ai observé un à la clinique de Berlin, où SCHRÖDER (1) enleva à diverses reprises, hors d'une des lèvres du col, des masses vo-

(1) Voir aussi LOMER, *loc. cit.*

lumineuses d'un fibro-myome assez mou, sans parvenir à trouver de ligne de démarcation entre la tumeur et le tissu cervical. A chaque tentative nouvelle, on trouvait le vagin rempli par une tumeur molle, arrondie, élastique. Je ne sais pas ce qui est advenu de cette opérée.

Pronostic. — On peut dire, d'une manière générale, que le pronostic de ces opérations s'est amélioré d'une façon notable sous l'influence des procédés antiseptiques. L'extraction par le vagin des fibromes *interstitiels* et *sous-muqueux* est parfois fort difficile et fort dangereuse. D'après la statistique recueillie par LOMER en 1883, 112 opérations ont donné 18 morts, c'est-à-dire une mortalité de 14 0/0. La statistique de GUSSEROW accuse une léthalité de 14 à 16 0/0. SCHREDER a publié 21 cas, avec 5 décès (1). Sur 21 cas opérés par HEGAR et KALTENBACH, 4 ont été suivis de mort. Depuis le moment où cette dernière statistique a été publiée, KALTENBACH a pratiqué encore 5 énucléations avec succès. FRANKENHAUSER n'a perdu que 3 malades sur 23.

KALTENBACH fait observer avec raison que tous ces chiffres ne donnent qu'une idée fort inexacte des dangers de l'opération, attendu que les conditions dans lesquelles on la pratique, varient du tout au tout suivant les cas. Il est évident que le pronostic devient très grave, lorsque le fibrome est déjà putréfié en tout ou en partie.

Dans certains cas rares, on a eu recours à d'autres procédés opératoires d'extirpation de tumeurs utérines par le vagin. C'est ainsi qu'on a ouvert la cavité péritonéale par le vagin pour énucléer des myomes attachés à la face externe de l'utérus, et qu'on a pratiqué l'amputation du corps de l'utérus envahi par un néoplasme de mauvaise nature, tout en laissant le col de l'utérus en place. C'est à cette opération que

(1) JARUBASCH, *Charité-Annalen*, 1881 ; LOMER, *loc. cit.*

SCHRÆDER (1) a eu recours dans un cas de rétroflexion très avancée de l'utérus, compliquée de cancer du corps de l'organe, de prolapsus du vagin et d'allongement hypertrophique du col. Le pédicule fut suturé dans la plaie du cul-de-sac postérieur. Au moment où cette opération fut pratiquée, l'extirpation totale de l'utérus n'avait pas encore donné les brillants résultats que l'on en obtient aujourd'hui.

SCHULTZE pratiqua plus tard une opération analogue à celle de SCHRÆDER, sans avoir connaissance de la méthode opératoire suivie par le professeur de Berlin. Ces opérations n'ont du reste rien de bien spécial, et elles ne sont applicables que dans certains cas isolés.

(1) Voir *Zeitschr. f. Gyn.*, Bd. X, page 298.

§ 14. — Ablation des tumeurs du corps de l'utérus par la voie abdominale : myomotomie, amputation de l'utérus.

Généralités. — Il peut arriver au chirurgien de se voir obligé d'enlever, par la laparotomie, des tumeurs utérines autres que des tumeurs fibreuses ; mais comme ces néoplasmes sont incomparablement plus rares que les corps fibreux, nous n'avons en vue dans ce chapitre que les opérations abdominales qui concernent cette dernière variété de tumeurs.

Les limites étroites que j'ai tracées à mon livre ne me permettent pas de faire l'*historique* de la myomotomie. Je dois me borner à en formuler les indications et à en tracer la description d'après l'état actuel de la science. Ceux qui s'intéressent à l'historique et au développement de cette opération, au perfectionnement graduel des méthodes employées et à l'amélioration des résultats obtenus peuvent consulter les ouvrages spéciaux (1).

Les rapports anatomiques des tumeurs fibreuses sont des plus variables. Elles peuvent n'être attachées à l'utérus que par un pédicule d'épaisseur variable; VIRCHOW leur donne alors le nom de *polypes externes* ou *sous-péritonéaux* par analogie avec les fibromes pédiculés vers le vagin. Il arrive même que les myomes se séparent complètement de l'utérus ; leur nutrition se fait alors par les adhérences qu'ils contractent avec les organes voisins, surtout avec l'épiploon (2).

L'ablation des fibromes sous-séreux pédiculés est évidemment des plus faciles. L'opération est déjà beaucoup moins

(1) HEGAR et KALTENBACH, *Gynécologie opératoire*, traduction franç. G. Steinheil, éditeur, § 71 à 81 ; GUSSEROW, *Neubildungen des Uterus*, II Aufl. § 34 ; HOFMEIER, *Die Myomotomie*, Stuttgart, 1884.

(2) Voir HOFMEIER, Ernährungs-und Rückbildungsvorgänge bei Bauchgeschwülsten. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd V.

aisée lorsque le fibrome est relié à la matrice par une large surface d'insertion ou qu'il est logé à l'intérieur même du muscle utérin. Le plus souvent il existe alors plusieurs tumeurs en même temps, les unes pédiculées, les autres interstitielles. Si la tumeur part du sommet de l'utérus, il est possible de l'enlever sans ouvrir la cavité utérine; mais si elle s'est développée au-dessous des points d'insertion des annexes, il est le plus souvent impossible de l'exciser sans ouvrir cette cavité. Il est vrai que dans certains cas exceptionnels, que nous chercherons à spécifier plus loin, on peut, sans toucher à la cavité de la matrice, inciser la capsule de la tumeur et extirper le néoplasme par énucléation. Mais cette opération est beaucoup plus dangereuse que l'énucléation des fibromes par la voie vaginale. En effet, si on a opéré par le vagin, il n'y a aucun inconvénient à laisser largement ouverte la plaie qui subsiste après la décortication : les sécrétions s'écouleront aisément à l'extérieur. Au contraire, si l'opération a été pratiquée par la voie abdominale, il est nécessaire, pour éviter les dangers qui résulteraient de l'épanchement de ces sécrétions dans le péritoine, de fermer avec soin la plaie par des sutures, d'autant plus que par suite de l'occlusion de la cavité abdominale, cette plaie échappe à toute intervention ultérieure. Or, la réunion exacte et complète par la suture des plaies de cette espèce est entourée de *tant de difficultés* qu'il me paraît moins hasardeux de recourir à l'amputation supra-vaginale de la matrice.

Les myomes ne naissent pas uniquement sur le segment de l'utérus qui fait saillie dans la cavité abdominale; ils peuvent aussi provenir des parties de l'organe qui sont entourées de tissu conjonctif : *fibromes extra-péritonéaux*. Les tumeurs fibreuses de cette espèce sont même assez fréquentes. Elles se développent le plus souvent vers les côtés, dans le tissu paramétrique, parfois en avant vers la vessie; il est plus rare qu'elles pénètrent dans le tissu cellulaire

rétro-utérin, par la raison que la face postérieure de l'utérus est tapissée par le péritoine sur toute son étendue et que là il n'existe pas à proprement parler de tissu conjonctif.

Les rapports que les fibromes sous-péritonéaux affectent avec la matrice sont très variables et parfois très compliqués. Leur situation dans la profondeur du petit bassin, le voisinage immédiat d'organes importants et enfin les difficultés du traitement des plaies de ces régions rendent l'extirpation des fibromes extra-péritonéaux à la fois très difficile et très dangereuse. Dans certains cas, et ce sont précisément les plus graves, le chirurgien hésite pour savoir s'il faut attaquer le néoplasme par le vagin ou par la voie abdominale. Nous avons vu que l'énucléation par les voies naturelles est alors exceptionnellement grave et laborieuse.

Je traiterai bientôt avec plus de détails les rapports anatomiques des tumeurs fibreuses de l'utérus. J'ai cru nécessaire d'en dire un mot ici, pour faciliter l'étude des indications opératoires.

Indications. — Les indications de la myomotomie ne sont pas faciles à définir. On peut dire avec plus de raisons de la myomotomie que de toute autre opération, que les indications sont devenues plus nombreuses à mesure que les résultats obtenus ont été meilleurs. Sous ce rapport, des changements considérables se sont produits pendant ces dix dernières années. Il est indéniable que la présence des myomes ne compromet le plus souvent pas la vie, qu'il n'y a donc pas d'indication *vitale* à opérer, et qu'il faut par conséquent, avant d'intervenir activement, mettre dans la balance d'une part les dangers de l'opération et de l'autre la gravité des symptômes existants.

Les explications sommaires que nous venons de donner au sujet des rapports anatomiques des tumeurs fibreuses suffisent à démontrer que les dangers de la myomotomie va-

rient énormément : la myomotomie peut n'être pas plus dangereuse qu'une simple laparotomie ; d'autres fois, elle constitue la plus difficile et la plus grave des opérations qu'on puisse imaginer. Cette considération devra, à mon avis, peser d'un très grand poids dans la décision à prendre.

Il faut aussi tenir grand compte de *l'âge* de la malade. Il est établi aujourd'hui par des observations fort nombreuses et fort concluantes que *la ménopause* ne provoque pas nécessairement la régression ni même l'arrêt de développement des tumeurs fibreuses ; il est même des cas bien avérés où le myome n'a commencé à croître que plusieurs années après la cessation des règles. Il n'en est pas moins vrai que l'âge de la malade doit être pris en sérieuse considération. Telle opération, qui paraîtrait à peine justifiable chez une femme âgée de 45 ans, serait certainement indiquée chez une malade ayant 10 années de moins. La perspective d'avoir encore à supporter pendant 10 à 15 ans des misères de toute espèce décide beaucoup de malades à se laisser opérer ; inversement, l'espoir d'être délivrées naturellement de ces souffrances deux ou trois ans plus tard, les engage à ne pas tenter l'opération. Ces considérations pourront aussi modifier la décision du chirurgien.

Ces réserves faites et tenant compte des résultats fournis actuellement par la myomotomie, nous pouvons donner les indications suivantes :

1° Volume considérable ou dégénérescence kystique de la tumeur ;

2° Hémorragies abondantes, rebelles à tous les autres traitements ;

3° Accroissement de la tumeur, surtout à un âge peu avancé ;

4° Incapacité de travail provoquée par la tumeur ;

5° Troubles morbides graves, provoqués ou entretenus par la présence de la tumeur ;

6° Complications exceptionnelles, notamment la grossesse et la dégénérescence putride de myomes volumineux.

Les *trois premières* indications ont été suffisamment expliquées.

La *quatrième* est fort variable d'après la position sociale de la malade. Il y a des tumeurs qui, sans être d'un volume excessif et sans provoquer d'hémorragies graves, mettent cependant la malade dans l'impossibilité de s'adonner à une occupation lucrative. De fait, on observe assez souvent les myomes chez des célibataires, qui vivent des ressources que leur procure le travail : la situation sociale de ces malades peut alors suffire à légitimer l'opération.

Cinquième indication. — Il arrive que des fibromes, surtout des fibromes durs et très mobiles, provoquent ou entretiennent un épanchement de *liquide ascitique*. Il faut alors enlever la tumeur qui produit l'irritation du péritoine. D'autres fois les myomes sont *enclavés* dans le petit bassin et provoquent des symptômes d'étranglement des organes pelviens : c'est là une indication bien fondée qui réclame l'opération.

Sixième indication. — On observe parfois des fibromes interstitiels volumineux qui subissent la *décomposition putride* : lorsqu'il n'est pas possible de les attaquer par les voies naturelles et que des symptômes graves réclament une intervention immédiate, on peut, comme dernière ressource, tenter de les enlever par l'incision abdominale.

Quand un fibrome utérin volumineux vient à être compliqué de *grossesse*, la situation peut encore devenir très critique. Cependant dans beaucoup de cas, la grossesse se passe sans accidents. La gravidité active généralement l'accroissement des fibromes très volumineux, et la compression des organes abdominaux et thoraciques devient telle que le chirurgien se voit forcé de provoquer l'avortement ou d'enlever la tumeur. Les mêmes accidents peuvent survenir lorsqu'un myome est enclavé dans le petit bassin. Mais il est de fait

que l'avortement provoqué présente des dangers presque aussi grands que l'extraction de la tumeur ; et cette dernière opération présente sur l'avortement l'avantage de faire disparaître à la fois et la tumeur et la grossesse. Les magnifiques résultats obtenus par SCHRÖDER, MARTIN et FROMMEL dans la myomotomie pratiquée sur l'utérus *gravide*, contribuent à nous décider en faveur de l'opération radicale.

Manuel opératoire. — La technique opératoire de la myomotomie présente parfois une certaine analogie avec les méthodes d'extraction des fibromes par la voie vaginale, mais la myomotomie présente toujours un plus haut caractère de gravité en raison de l'ouverture de la cavité abdominale qui la précède nécessairement. Dans la myomotomie, les dangers de la laparotomie s'ajoutent à ceux des *grandes plaies de l'utérus*, et c'est pourquoi la mortalité de cette opération est restée jusqu'ici plus élevée que celle de l'ovariotomie.

Pour diminuer les dangers de la myomotomie, on a proposé deux méthodes différentes : la première consiste à attirer et à maintenir la plaie de l'utérus hors du ventre ; dans la seconde, on s'efforce, par une antisepsie rigoureuse et une suture exacte, de mettre la plaie utérine hors d'état de nuire. En d'autres termes, il existe deux méthodes de traitement du pédicule : la méthode *extra-péritonéale* et la méthode *intra-péritonéale* ; pour le reste, la technique opératoire est la même dans les deux cas.

A. Traitement préparatoire. — Les soins prophylactiques sont ceux de toute laparotomie : on évitera, par une alimentation *légère* et par l'administration de laxatifs doux, de distendre outre mesure l'intestin ; on fera prendre des bains aux malades ; on nettoiera avec soin la peau de l'abdomen, on la lavera à l'éther, on rasera le mont de Vénus, etc. Comme il est d'ordinaire impossible de prévoir s'il sera nécessaire d'ouvrir la cavité utérine, on fera bien de désinfecter

à fond le vagin et la muqueuse utérine dans tous les cas indistinctement.

Il est vrai qu'on est assez souvent dans le cas de pratiquer la myomotomie chez les nullipares à canal cervical étroit et à cavité utérine resserrée ; d'autre part, si on n'a pas employé la sonde, il est peu probable que des germes infectieux puissent s'être introduits à l'intérieur de l'utérus (1). Mais des germes peuvent toujours se trouver dans le canal cervical et il est difficile de dire à l'avance à quelle profondeur il faudra pratiquer l'amputation de l'utérus. On n'est jamais absolument certain non plus que la muqueuse utérine est entièrement aseptique, et ce doute est d'autant mieux fondé que le canal cervico-utérin est plus largement ouvert. Étant donné qu'une désinfection bien faite ne peut jamais nuire, je conseille de nettoyer dans tous les cas la cavité utérine et surtout le canal cervical par des irrigations et des frictions avec une solution antiseptique concentrée (voir chap. II). La désinfection du vagin sera pratiquée d'une façon analogue, après quoi on introduira dans ce canal un tampon de gaze iodoformée, pour empêcher la pénétration de nouveaux germes.

B. Incision de l'abdomen. — L'incision abdominale devra être assez longue pour permettre d'attirer le corps fibreux hors du ventre ; au besoin, on la prolongera en passant à gauche de la cicatrice ombilicale. PÉAN cherche à diminuer le volume de la tumeur par le *morcellement* et BILLROTH par l'énucléation des noyaux fibreux les plus apparents. Ces procédés ne sont pas à conseiller ; ils sont compliqués et ils font perdre du temps sans profit bien marqué pour les malades.

Si la tumeur s'est développée à la face antérieure de l'utérus, il faudra, en incisant la paroi abdominale, veiller à ne pas *blessar la vessie* ; on se rappellera que cet organe est parfois fort élevé au-dessus de la symphyse en même temps

(1) Consulter PÉRAIRE, *loc. cit.*

que le péritoine qui se réfléchit de la face antérieure de la vessie vers la paroi abdominale (fig. 106). On évitera cet accident en ouvrant d'abord le péritoine en un point assez élevé ; il suffit alors de tendre la paroi abdominale avec deux doigts introduits dans le ventre, avant de prolonger l'incision en bas : au niveau de la vessie, les tissus n'ont pas la moindre transparence.

Si le fibrome siège profondément dans le petit bassin, on conduira l'incision jusque tout près du bord supérieur de la symphyse pubienne. Il est rare qu'on soit forcé d'inciser transversalement les muscles droits, pour élargir le champ opératoire. Pour faciliter l'extraction, on attirera d'abord au-devant de l'incision le bord ou le segment le plus étroit de la tumeur, et on exercera sur elle une pression d'arrière en avant pour la faire sortir. Une fois la tumeur attirée au dehors, un aide applique l'une contre l'autre les deux lèvres de l'incision abdominale, derrière la tumeur ; on peut aussi fermer la cavité du péritoine en y introduisant des serviettes ou des éponges. Si l'incision a été fort étendue, on pourra la fermer immédiatement à sa partie supérieure par quelques points de suture.

On observe beaucoup plus rarement dans les extirpations de myomes que dans l'ovariotomie, des *adhérences étendues* mettant obstacle à la sortie de la tumeur hors de la cavité abdominale ; ces adhérences, s'il en existe, sont souvent plus vasculaires, et il existe dans leur épaisseur des vaisseaux de gros calibre. Ces adhérences vasculaires sont surtout fréquentes avec l'épiploon ; elles peuvent même servir parfois à la nutrition des fibromes. Avant de poursuivre l'opération, on sectionnera ces adhérences entre deux séries de ligatures ou bien on les saisira provisoirement dans de fortes pinces pour les lier et les couper plus tard.

Ablation de la tumeur. — Méthode intra-péritonéale. — La tu-

meur étant attirée au-devant de l'incision et la cavité péritonéale ayant été fermée avec soin, le moment est venu de procéder à l'ablation du fibrome. Je décrirai d'abord en détails, et pour les divers cas qui peuvent se présenter, la *méthode intra-péritonéale* à laquelle j'ai eu constamment recours.

Si la tumeur n'est reliée à la matrice que par un pédicule très mince, on peut se borner à le serrer énergiquement dans une forte ligature en soie, tout près de l'utérus, et à le sectionner ensuite à quelque distance au-dessus de la liga-

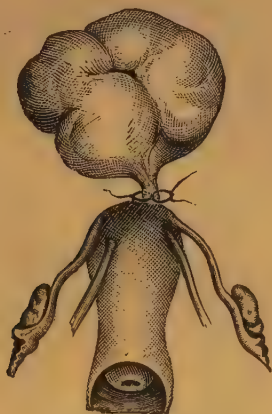


Fig. 108. — Myôme pédiculé vers l'abdomen. Application des ligatures.

ture. Le pédicule sera alors rentré comme après une ovariectomie.

Si le pédicule est plus gros, on le transpercera en son milieu d'une aiguille armée d'un fil double, qu'on lie de part et d'autre (fig. 108). Par ce procédé on est sûr que les ligatures ne pourront pas glisser au moment où le pédicule se rétracte. Si la surface de section du pédicule est large, ou si on y trouve des vaisseaux fort volumineux, on pourra la fermer par des sutures en fil de soie, embrassant toute la profondeur de la plaie, ou mieux encore par une série de sutures en catgut

de façon à mettre partout en contact les bords du péritoine.

Dans la majorité des cas, la surface d'implantation de la tumeur est *très large*. La question est alors de savoir s'il est encore possible d'exciser le néoplasme sans toucher à la cavité utérine. La figure 109 représente le cas, opéré par SCHRÖDER, d'un fibrome volumineux qui s'était développé au-dessus du point d'attache des annexes. La constriction élastique provisoire, imaginée en même temps par KLE-

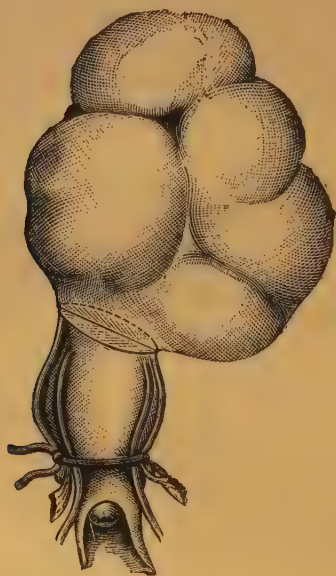


Fig. 109. — Myome à large pédicule.

BERG (1) et par A. MARTIN (2) permet d'opérer sans avoir d'hémorrhagie. Dans ce but, on emploie des tubes pleins, assez gros, en caoutchouc, que l'on serre énergiquement autour de la base du pédicule; les deux chefs de ce tube s'entrecroisent en avant et on les fixe à l'aide d'une forte pince (fig. 110).

(1) *St. Petersburg med. Wochenschrift*, 1877.

(2) *Tageblatt der Naturforscherversammlung zu Cassel*, 1878.

On enlève alors la tumeur, à quelque distance au-dessus du lien élastique, par deux incisions qui se rencontrent à angle aigu ; ou bien on sectionne d'abord le pédicule en travers et on excise hors du moignon un cône de tissu suffisamment profond pour permettre aux deux lambeaux de la plaie de s'adosser sur toute leur étendue. Si on découvre de fortes artères sur la surface de section du pédicule, il faudra les saisir et les lier isolément. On finit par suturer les deux surfaces vives de la plaie utérine.

La suture des plaies du *fond de l'utérus* est malaisée à bien faire, tant à cause des difficultés de l'hémostase que de la



Fig. 410. — Pince-clamp pour fixer le tube à ligature élastique.

rigidité du tissu de la matrice. Comme les principes qui doivent guider le chirurgien pendant ce temps de l'opération sont les mêmes dans tous les cas, à de légères variations près, je crois bon d'étudier cette question d'une manière générale, avant d'aller plus loin.

Le point essentiel est de façonner des lambeaux ou des surfaces saignantes qu'il soit possible de réunir sans exercer une tension trop forte. En effet, une des difficultés principales de la suture utérine est de lier les fils assez fortement pour amener l'hémostase, mais pas assez pour entraver la nutrition du moignon. Aussi, avant d'appliquer les sutures, faut-il lier *isolément* les artères principales de l'uté-

rus, pour éviter les hémorrhagies secondaires et ne pas être forcé de serrer les fils avec trop de force.

Si les surfaces saignantes ne sont pas trop étendues, on peut placer, à 5 ou 7 millimètres de distance, des sutures de soie embrassant toute la profondeur de la plaie : il suffit alors de nouer les fils pour adosser les lèvres de la plaie sur toute leur surface. La soie ne peut pas nuire, pourvu qu'elle soit bien aseptique. Seulement, avec cette variété de suture il faut tirer énergiquement sur les fils au moment de les nouer, pour être sûr d'adosser convenablement les parties profondes de la plaie ; et si l'on tire trop fort, un nouvel inconvénient se présente : les fils coupent le tissu utérin et les lèvres de la plaie s'écartent l'une de l'autre.

Pour éviter tous ces ennuis, SCHRÆDER pratiquait la *suture en étages*, c'est-à-dire qu'il appliquait plusieurs lignes de sutures les unes au-dessus des autres ; les fils des premières séries étaient coupés courts et rentraient dans la profondeur de la plaie.

Les succès obtenus par SCHRÆDER prouvent que la suture en étages avec du fil de soie répondait à toutes les exigences ; cependant il est clair qu'il vaut mieux ne pas abandonner ces fils de soie à l'intérieur de la plaie utérine. Dans les soixante dernières opérations qu'il a pratiquées, SCHRÆDER a substitué le fil de catgut à la soie : le catgut est suffisamment solide, il n'irrite pas les tissus, il se résorbe, mais il présente l'inconvénient de céder à un moment où le tissu musculaire de l'utérus peut encore produire une rétraction suffisante pour séparer les lèvres de la plaie. Pour soutenir les sutures de catgut et pour prévenir l'écartement des surfaces adossées, on peut fort bien appliquer quelques sutures de soie embrassant toute la profondeur de la plaie. Je place ces sutures de soie en premier lieu, pour éviter de couper avec l'aiguille les fils de catgut, mais je ne les noue qu'à la fin, alors que la suture au catgut est déjà achevée.

Je procède de la manière suivante : je commence par placer des sutures en fort fil de soie, à 1 cent. $1/2$ de distance ; j'introduis l'aiguille tout près du bord du péritoine, je la fais passer au-dessous de la plaie, et je la fais sortir de l'autre côté en un point correspondant (fig. 111, S) ; je réunis alors les deux surfaces de la plaie, de bas en haut, par plusieurs rangées de sutures continues en catgut (fig. 111, K), et je



Fig. 111. — Suture du pédicule d'après SCHRÖDER-HOFMEIER. Schéma.

S. Fil de soie. — K. Fil de catgut.

finis par serrer les fils de soie sans déployer trop de force.

Lorsque la ligature élastique est détachée, un aide peut fort bien se servir de ces fils pour attirer le moignon. Si du sang s'échappe encore de l'un ou de l'autre point du pédicule, il est facile d'appliquer encore quelques sutures de soie pour achever l'hémostase.

Le dernier temps de la suture consiste à unir les bords du péritoine et les couches musculaires, par une suture continue au catgut : les nœuds des sutures de soie se trouvent par là

même cachés par le péritoine qui recouvre complètement la plaie.

L'application des sutures dans le fond de l'utérus est parfois fort difficile : dès qu'on a détaché le lien élastique, du sang s'échappe par toutes les piqûres d'aiguille, et à vouloir arrêter le sang par de nouvelles sutures dans la continuité des tissus, on risque de voir des hémorragies encore plus abondantes survenir par le trajet des fils. La raison de cet accident, comme le fait observer HEGAR, est que les sutures placées d'avant en arrière ne saisissent pas les vaisseaux perpendiculairement à leur axe, mais il existe encore un second motif à savoir que pour les opérations pratiquées au fond de l'utérus, on ne fait pas la ligature isolée des artères nourricières de l'utérus et que la distribution du sang au sommet de l'organe est très riche et très uniforme.

Dans les cas *désespérés*, où chaque piqûre produite par l'aiguille occasionne de nouvelles pertes de sang, on peut, à l'exemple de OLSHAUSEN, (1) abandonner le lien élastique dans la cavité du péritoine ; si letube employé pour la constriction provisoire est trop épais, on pourra le remplacer aisément par un lien plus mince, attendu que pour assurer l'hémostase il suffit d'une compression modérée et qu'il vaut mieux ne pas laisser dans le ventre de corps étrangers trop volumineux. J'ai déjà conseillé précédemment de serrer très-fortement les sutures appliquées, dans le but d'amener l'hémostase et de les placer obliquement par rapport à l'axe du moignon. En usant de ces précautions, SCHRÆDER est parvenu à établir une hémostase complète dans tous les cas.

La myomotomie présente de bien plus grandes difficultés lorsque la tumeur s'est développée *au-dessous des points d'implantation des annexes*, et que pour enlever le néoplasme il faut nécessairement ouvrir la cavité utérine. Le plus souvent

(1) *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Bd. XVI, p. 171.

il est déjà fort malaisé d'attirer l'utérus assez en avant pour pouvoir appliquer le lien élastique au-dessous de la tumeur ; on est presque toujours obligé de libérer d'abord l'utérus sur les côtés par *la section des annexes*. A cet effet, on va d'abord à la recherche des ovaires et on tâche de les attirer assez en avant pour pouvoir placer la première ligature au-dessous de ces organes. Si on n'y parvient pas, on laisse provisoirement les ovaires en place, sauf à les enlever plus tard, après l'excision de la tumeur. Le plus souvent on réussit, avec la main ou avec une pince de Muzeux, à rendre les trompes et les ovaires suffisamment accessibles pour lier, au-dessous de ces organes, le ligament large et les vaisseaux spermatiques qu'il renferme. On jette un second fil autour des annexes du côté de l'utérus et on sectionne les ligaments larges entre les deux ligatures.

Il faut toujours tâcher de lier et de sectionner les ligaments larges jusque tout près de l'utérus sans cependant entamer cet organe, attendu que le tronc principal de l'artère utérine se trouve, au niveau de l'insertion des ligaments larges, dans les couches superficielles de la matrice. La ligature placée sur les annexes du côté de l'utérus n'a d'autre but que de prévenir tout écoulement de sang du côté de la tumeur. Après avoir coupé les ligaments larges, nous avons, depuis plusieurs années déjà, pris l'habitude de chercher l'*artère spermatique* sur la surface de section et de lier ce vaisseau isolément.

Après avoir coupé le ligament large, on sectionne également les ligaments ronds entre deux ligatures.

On agit de même des deux côtés de la matrice ; puis on fait soulever la tumeur qui est devenue très mobile, et on parvient sans difficultés à appliquer le lien élastique autour du col de l'utérus (fig. 112).

Il faut alors faire la ligature des artères *utérines* qui se trouvent sur les côtés de l'utérus sous la forme de cordons ar-

rondis. Dans les cas difficiles, on les découvrira sûrement en glissant le doigt le long des moignons des annexes, jusque contre le bord de l'utérus : leur trajet correspond à l'insertion des ligaments larges.

Lorsque la tumeur s'est développée *sur le côté de l'utérus*, les rapports anatomiques de l'artère utérine peuvent être complètement changés. Pour trouver l'artère, on inci-

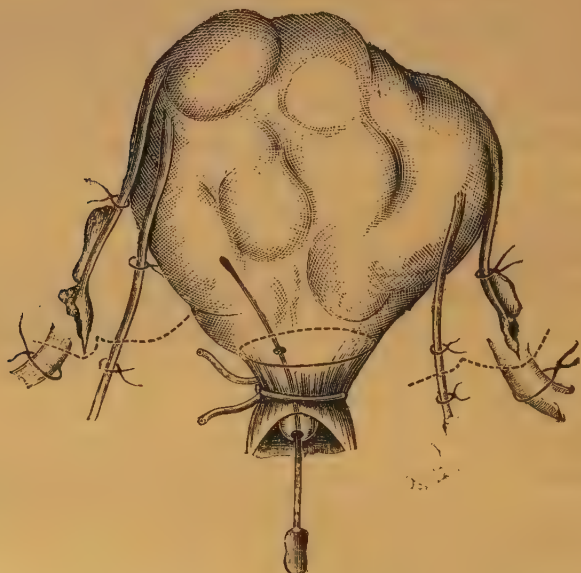


Fig. — 412. Section des annexes et application du tube élastique dans la myomotomie.

sera l'utérus sur le côté et on liera les vaisseaux que l'on découvrira sur cette surface de section. A la partie inférieure de l'utérus, l'artère utérine est encore *unique* ; plus haut on trouve généralement plusieurs branches artérielles peu éloignées les unes des autres. On peut isoler tous ces vaisseaux et les lier séparément, mais il est plus facile et plus sûr de traverser l'utérus sur le côté avec une aiguille courbe armée

d'un fil de soie, pour lier toutes les branches de l'artère utérine en même temps.

Après avoir coupé courts les fils de ces ligatures, on passe à l'excision de la tumeur. Tenant compte de l'élasticité du péritoine, on incisera d'abord cette séreuse, par une section circulaire à 1 cent. ou 1 cent. 1/2 au-dessus de l'endroit auquel on compte amputer la tumeur. Si on négligeait de prendre cette précaution, on n'aurait pas assez de péritoine pour recouvrir toute la surface du moignon. L'excision de la tumeur doit se faire à 2 ou à 3 centimètres au-dessus du lien élastique.

Si on sait à quel endroit se trouve la cavité utérine, on commence par inciser la tumeur, à longs traits, jusque tout près de cette cavité. A défaut de cette connaissance, je conseille d'inciser la tumeur prudemment, couche par couche, et de prendre les précautions que nous décrirons plus loin, dès que la muqueuse utérine aura été entamée. Quand on aura incisé largement les parois antérieure et postérieure de l'utérus, on les saisira avec des pinces de Muzeux, pour être sûr de tenir solidement le moignon. On complète alors l'excision de la tumeur.

Il convient de fixer toute son attention sur l'ouverture de la cavité utérine et de prendre aussitôt des mesures prophylactiques aussi rigoureuses que possible pour empêcher l'infection de se porter de la muqueuse utérine sur le péritoine (1).

Le désinfectant le plus sûr est évidemment *la cautérisation*

(1) Malgré l'opinion contraire émise à ce sujet par un assez grand nombre d'opérateurs, je persiste à croire que l'ouverture de la cavité utérine constitue un danger imminent d'infection. J'ai fait le relevé de 100 cas de myomotomie observés à la clinique de SCHRÖDER (voir *Myomotomie*. Stuttgart, Enke, 1884) : sur 21 opérées, dont la cavité utérine n'avait pas été ouverte, SCHRÖDER n'en perdit que 2 ; il en perdit 18 sur 59 dans les conditions inverses. D'autres chirurgiens ont publié des statistiques qui parlent dans le même sens. Les myomotomies avec ouverture de la cavité utérine sont d'ordinaire, mais pas toujours, les plus difficiles, mais ces difficultés ne suffisent pas à expliquer ce grand écart dans la létalité de ces deux variétés de myomotomie.

au fer rouge : elle a l'avantage de ne pas s'étendre au delà du point d'application, elle tarit aussitôt les liquides et tue les germes qui peuvent se trouver à l'intérieur de la cavité utérine. Je conseille donc d'ouvrir cette cavité avec le thermo-cautère de Paquelin et de poursuivre la cautérisation de la muqueuse utérine aussi profondément que possible à l'intérieur du moignon. On achève alors avec le bistouri la section de la tumeur.

Pour enlever et pour neutraliser le sang et les mucosités contenus dans la cavité utérine, on se sert de petites éponges, imbibées d'une solution antiseptique concentrée (1 p. 1000 de sublimé corrosif, 10 p. 100 d'acide phénique) ; ces éponges doivent être convenablement exprimées pour pouvoir absorber les liquides en question. On jette ces éponges après les avoir employées, ou bien on les pousse profondément dans le canal utérin et on les y abandonne.

Si on n'emploie pas le fer rouge, on devra procéder à la désinfection de la cavité utérine avec plus de rigueur encore. Les eschares produites par l'application du thermo-cautère doivent être excisées, car elles s'opposent à la réunion. Il faudra aussi, pour faciliter la suture et favoriser la réunion, exciser la muqueuse utérine en entonnoir aussi profondément que possible (1). La surface de section du moignon présente alors la forme reproduite dans la figure 111.

Si les lambeaux de plaie sont trop épais pour pouvoir être adossés sans difficultés, on peut au besoin en exciser des fragments coniques. Pour fermer la plaie du côté du canal cervical, je réunis par une ou deux séries de sutures perdues au catgut les parois de l'entonnoir (*a, a*, fig. 111) formé par l'excision de la muqueuse utérine. J'applique alors, en commençant tout près du bord du péritoine, quatre à six sutures de soie, embrassant dans toute la profondeur la plaie qui est restée (fig. 111, S S), mais avant de les nouer j'adosse, les

(1) OLSHAUSEN. *Deutsche Zeitschr. für Chir.* 1882, Bd. XVI.

parois de la plaie dans toute leur étendue par la suture continue au catgut. Je noue alors les fils de soie et je détache le lien élastique. Si on a eu soin de bien lier les artères principales de l'utérus, l'hémorragie est nulle ou presque nulle. S'il venait encore du sang, on appliquerait encore une ligature profonde.

J'ai pratiqué cette méthode de suture plusieurs fois, entr'autres deux fois sur l'utérus gravide, et jamais je n'ai vu survenir d'hémorragie après avoir défait le tube constricteur. On termine la suture en réunissant les deux bords du péritoine

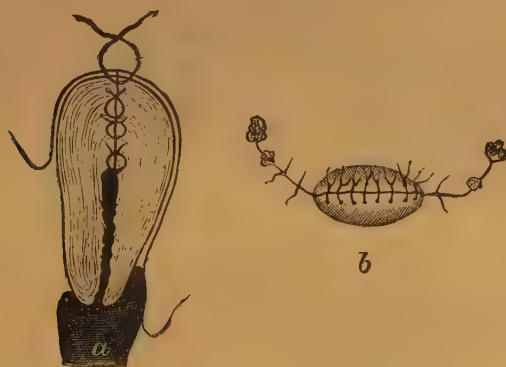


Fig. 113. — Moignon utérin après la myomotomie :
a, vu de côté ; b, vu d'en haut.

sur toute l'étendue du moignon, par la suture continue au catgut. Toute la plaie se trouve donc en quelque sorte placée en dehors du péritoine (fig. 113).

On nettoie le moignon et on le refoule à l'intérieur de la cavité péritonéale ; puis on fait la toilette du péritoine et on ferme la plaie abdominale.

Myomotomie avec énucléation. — La myomotomie présente des difficultés *exceptionnelles* lorsque la tumeur, au lieu de faire saillie vers l'intérieur de la cavité abdominale, part de l'utérus en un point qui est immédiatement entouré de tissu

conjonctif, c'est-à-dire lorsqu'elle s'insère sur les côtés de l'utérus ou sur la partie supérieure du col de cet organe. Malgré les progrès immenses réalisés pendant ces dernières années dans la myomotomie, on rencontre encore de temps en temps des tumeurs fibreuses dont le traitement opératoire se heurte à des difficultés et à des dangers extraordinaires. Ces difficultés consistent tout d'abord à *former un pédicule* permettant de terminer convenablement l'opération, et en second lieu à énucléer la tumeur sans produire de lésions graves dans les organes voisins.



Fig. 114. — Myome sous-séreux.

L'extraction des myomes sous-séreux laisse toujours dans le tissu cellulaire pelvien des plaies plus ou moins étendues, malaisées à soigner et aptes à subir l'infection. Le plus souvent, il suffit d'un examen attentif pour prévoir toutes ces difficultés, dont il faut évidemment savoir tenir compte avant d'entreprendre l'opération.

Voici la marche à suivre dans ce genre d'opération : on commence par *diviser* les annexes de l'utérus, puis on incise la capsule péritonéale du myome, on énuclée celui-ci hors du

tissu conjonctif pelvien et on cherche à libérer le col ou le segment inférieur de l'utérus de façon à pouvoir appliquer la ligature élastique au-dessous de la tumeur énucléée. Dans certains cas, notamment lorsque le myome s'est développé dans le tissu cellulaire paramétrique, le péritoine est tellement tendu et mobile sur la tumeur qu'il suffit d'inciser la séreuse pour voir le myome faire saillie dans la plaie. Les attaches conjonctives des tumeurs fibreuses sont généralement très lâches et ne mettent pas obstacle à la décortication. La recherche et la ligature des artères utérines est parfois fort malaisée à cause des changements survenus dans les rapports anatomiques de ces vaisseaux; cependant, en suivant les conseils que j'ai donnés plus haut, on parviendra le plus souvent à les trouver.

La disposition de la *vessie* vis-à-vis de la tumeur peut donner lieu à de grands mécomptes : cet organe est parfois étiré par la tumeur à plus de cinq travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse, et il est alors très malaisé de la détacher sans la blesser.

Les myomes qui partent de la face postérieure du col et qui se sont développés entre le péritoine et le vagin vers la profondeur du petit bassin peuvent occasionner des difficultés d'un autre ordre : d'abord l'énucléation de ces tumeurs produit des plaies très étendues du tissu conjonctif pelvien et d'autre part il est parfois impossible de libérer le col au-dessous de la tumeur pour y appliquer le lien élastique. J'ai publié un cas (1) où l'excision définitive de la tumeur a dû se faire dans la partie supérieure du vagin. SCHRÖDER a, depuis cette époque, enlevé une tumeur fibreuse colossale qui offrait les mêmes dispositions.

Les figures 114 et 115 représentent des tumeurs analogues opérées par SCHRÖDER.

Il n'est pas possible de donner des règles *fixes* applicables

(1) HOFMEIER, *Myomotomie*.

à toutes les opérations de ce genre. Chaque cas présente des particularités dont il faut savoir tenir compte. Ainsi que nous l'avons dit, la ligne de conduite à suivre est la suivante : section des ligaments larges après ligature des vaisseaux spermaticques et des ligaments ronds ; incision de l'enveloppe péritonéale et énucléation de la tumeur ; application du tube en caoutchouc sur le segment inférieur de l'utérus ; ligature des artères utérines ; ablation définitive du myome.

Si on ne parvient pas d'emblée à placer le lien élastique sur

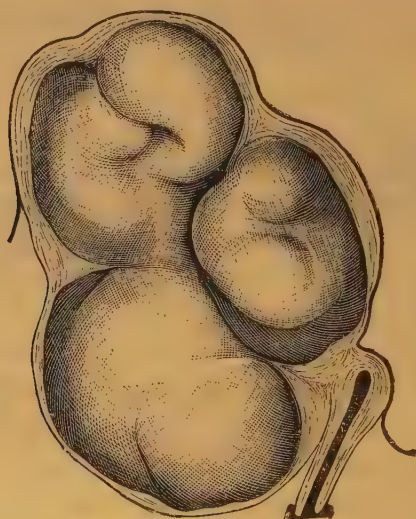


Fig. 115. — Myome sous-séreux.

le col utérin, on commencera par l'appliquer aussi bas que possible sur la tumeur et après l'avoir serré énergiquement, on excisera le segment du myome qui fait saillie au-dessus de la ligature. De cette manière, on réussit le plus souvent sans trop de peine à énucléer le restant de la tumeur. L'hémorragie par relâchement du tube constricteur n'est pas à craindre, car alors même que les tissus comprimés diminueraient notablement de volume, le tube, en vertu de son élas-

ticité, suivrait pas à pas le retrait de la tumeur et comprimerait encore suffisamment les vaisseaux.

L'énucléation de ces tumeurs n'occasionne pas d'ordinaire d'hémorragie *inquiétante*. Les paquets veineux, parfois énormément distendus, qui rampent sur la tumeur, seront coupés et détachés entre deux ligatures. Si une hémorragie grave survenait, il faudrait l'arrêter par le pincement ou la ligature du vaisseau blessé, ou par le tamponnement énergique avec des éponges.

Quant aux hémorragies provenant de la tumeur, on les fera cesser par l'application de pinces hémostatiques ou mieux encore par l'emploi de la ligature élastique.

Le *traitement du pédicule* se fera suivant les règles énoncées précédemment. Mais comment faut-il soigner ces énormes cavités saignantes qui subsistent, dans le tissu cellulaire pelvien, après l'extraction des myomes? Cette question est difficile à résoudre. Il est vrai que ces cavités se rétrécissent rapidement, par la rétraction des tissus; cependant la vascularité et le relâchement du péritoine et du tissu cellulaire restent tels que du sang doit nécessairement suinter en plus ou moins grande abondance dans la cavité de ces plaies. On devine aisément les dangers auxquels exposent ces épanchements, lorsque le péritoine est blessé et incapable d'exercer ses fonctions d'absorption. Des germes, parfaitement inoffensifs dans les conditions normales, se développent à la faveur de ce terrain de culture éminemment favorable et exposent la malade aux plus grands dangers.

La plus grande prudence est ici de rigueur, soit qu'à l'exemple de SCHRÖEDER, on suture les bords du péritoine au-dessus de la plaie du bassin et qu'on ferme comme à l'ordinaire la plaie abdominale, soit qu'on assure l'écoulement des sécrétions par le drainage. L'une et l'autre méthode ont leurs avantages et leurs dangers. Il est hors de doute qu'abandonnées à elles-mêmes, les plaies du bassin les plus étendues

peuvent guérir sans occasionner d'élévation notable de la température. Il faut évidemment que toute hémorragie sérieuse ait été arrêtée. Si on voit du sang suinter des parois de la cavité de la plaie, il faudrait circonscrire le point qui saigne par une suture au catgut et chercher à rapprocher les parois de la cavité.

Quand l'hémorragie a cessé, on peut laisser tout simplement la plaie s'affaisser, ou bien, comme je l'ai vu faire maintes fois par SCHRÖDER, réunir les bords du péritoine au-dessus de la plaie par quelques sutures perdues au catgut.

Lorsqu'à la suite de l'énucléation, l'utérus a été en partie dépouillé de son recouvrement péritonéal, il suffit d'y attacher par la suture un lambeau de paroi de la cavité pour le revêtir de nouveau par la séreuse.

Cette méthode de traitement est *fort simple*, mais pour peu que des germes de décomposition aient été introduits dans la cavité abdominale, elle expose la malade aux plus grands dangers. Aussi, quand on n'est pas absolument sûr d'avoir pratiqué une asepsie primitive rigoureuse, faut-il se demander s'il ne vaudrait pas mieux assurer, au moyen du *drainage*, l'écoulement des liquides sécrétés. Comme les plaies laissées dans le petit bassin se trouvent à proximité du cul-de-sac vaginal, on a été amené fort naturellement à établir un drainage de ce côté vers le vagin : c'est la méthode que MARTIN (1) adopte même après des myomotomies peu compliquées. Il suture les bords du péritoine au-dessus de la plaie du bassin ; celle-ci, qui se trouve ainsi placée hors du péritoine, est drainée vers le vagin. MARTIN attache le plus grand prix à ce drainage qui, à mon avis, n'est pas dépourvu de dangers, à cause des difficultés que l'on éprouve à désinfecter complètement le vagin et de la facilité avec la-

(1) Ueber Stielversorgung nach Myomoperationen. *Berl. klin. Woch.* 1886, nos 2 et 3.

quelle des germes de putréfaction peuvent s'introduire de là dans la plaie.

HEGAR (1) fait le drainage vers la paroi abdominale : il emploie de gros drains en caoutchouc (3 à 5 cent. de largeur) qui arrivent jusqu'au fond de la plaie et qu'il fixe à l'angle inférieur de la plaie abdominale ; ces drains sont bourrés lâchement de gaze antiseptique par laquelle se fait une sorte de drainage capillaire, grâce à un pansement abdominal compressif qui élève notablement la pression intra-péritonéale. On peut aussi, comme l'a fait d'abord HEGAR, laisser ces drains ouverts et les débarrasser des liquides qu'ils renferment en y passant de temps à autre de petits tampons d'ouate aseptique fixés à l'extrémité de forts fils métalliques convenablement recourbés.

Le drainage *abdominal* a l'inconvénient d'exiger des pansements fréquemment répétés, mais il expose moins à l'infection secondaire que le drainage vaginal. C'est au drainage vers la paroi abdominale que j'aurais recours dans les cas où des lésions très étendues du péritoine et des suintements de sang intarissables ne me permettraient pas d'abandonner à elle-même la plaie du petit bassin et de fermer la plaie du ventre.

MARTIN (2) a étendu aux myomes renfermés *dans les parois de l'utérus* la méthode d'extirpation par *énucléation* que nous venons d'étudier à propos des tumeurs fibreuses sous-péritonéales. MARTIN est parti de cette idée qu'en énucléant ces myomes hors de la paroi utérine et en fermant ensuite la cavité de la plaie, on pouvait conserver l'utérus et les ovaires et rendre à ces organes leur conformation et leurs fonctions normales. MARTIN a pratiqué seize opérations semblables,

(1) WIEDOW, Die Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspectrum. *Berl. kl. Woch.* 1884, n° 39.

(2) BURCKHARDT, Eine neue Operationsmethode bei submucösen Myomen. *Berl. klin. Woch.* 1879.

dont trois suivies de mort (1); SCHRÖDER (2) aussi a énucléé avec succès hors du muscle utérin un myome dépassant le volume d'une tête d'adulte, de façon à pouvoir reconstituer un utérus de conformation régulière. La méthode nouvelle de MARTIN est sans nul doute de la plus haute valeur; elle enlève le foyer morbide sans produire de mutilation et elle est parfois d'exécution très facile. Cependant, il faut bien reconnaître que les observations formulées par HEGAR contre ce procédé opératoire ne sont pas dénuées de fondement. Tout d'abord, les avantages qui résultent pour les opérées du maintien intégral de l'utérus et des ovaires sont le plus souvent *illusaires*, attendu qu'elles ont pour la plupart dépassé l'âge de la procréation.

Un argument plus important encore à faire valoir contre la méthode opératoire de MARTIN est que bien souvent, à côté de corps fibreux volumineux, il existe dans la paroi utérine de petits noyaux de myomes qui exposent à des récidives. Et de fait, il est arrivé à MARTIN d'être obligé de pratiquer deux fois la myomotomie sur la même malade. L'opération de MARTIN n'arrête pas même sûrement les hémorrhagies existantes. Semblable observation, fût-elle unique, suffit à entamer très sérieusement la valeur de la méthode. A moins d'y être absolument forcé, on ne peut certainement pas exposer deux fois une malade aux vicissitudes de la myomotomie.

Pour ma part je ne donnerais la préférence à la méthode de MARTIN que si j'avais à opérer une femme *jeune*, et encore apte à concevoir; je devrais, en outre, être sûr qu'il n'existe pas d'autre foyer morbide que la tumeur énucléée, et je devrais pouvoir pratiquer l'extraction du myome sans ouvrir la cavité utérine et sans produire de lésions plus graves que

(1) CZEMPIN, Ueber die Enucleation intraparietaler Myome nach MARTIN, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIV.

(2) HOFMEIER, *Myomotomie*, p. 43.

celles qu'occasionne l'amputation supra-vaginale du col. La plaie qui subsiste après l'énucléation d'un myome se rétrécit rapidement, il est vrai, par la rétraction du tissu musculaire de l'utérus ; malgré cela, il est difficile de la suturer de manière à ce qu'il ne reste aucune anfractuosité où du sang puisse s'accumuler. J'ai vu, chez une jeune fille à laquelle SCHRÖEDER avait enlevé un myome par énucléation, des coliques utérines d'une violence inouïe survenir pendant les premiers jours qui succédèrent à l'opération, et je crois pouvoir les attribuer au sang et aux sécrétions qui s'étaient accumulés dans la cavité de la plaie. Les sutures sont évidemment exposées alors à se rompre ou à couper les tissus qu'elles embrassent.

Traitement extra-péritonéal du pédicule.

Le traitement intra-péritonéal du pédicule après la myomectomie expose à deux grands dangers : l'hémorragie et la septicémie. Pour les éviter, on peut fixer le pédicule à l'extérieur de la paroi abdominale. La méthode *extra-péritonéale*, employée d'abord par PÉAN (1), a subi, entre les mains de HEGAR des améliorations remarquables. J'emprunte la description suivante au *Traité de gynécologie opératoire* de HEGAR et KALTENBACH.

La tumeur ayant été excisée à 5 ou 6 centimètres au-dessus du lien élastique (2), on passe dans le péritoine pariétal, et le plus près possible de l'angle inférieur de la plaie une aiguille munie d'un fil de soie. De là, on la passe à 1 centimè-

(1) PÉAN et URDY, *Hystérotomie*. Paris, 1873.

(2) HEGAR ne coupe les ligaments larges avant d'appliquer le lien en caoutchouc que lorsque la tension excessive de ces ligaments ou d'autres conditions analogues ne permettent pas d'agir autrement. Pour ouvrir la cavité utérine, il ne prend pas les précautions rigoureuses d'antisepsie que nous croyons indispensables quand on a recours à la méthode intra-péritonéale.

On peut généralement, en enlevant quelques segments avec les ciseaux ou bien en énucléant quelques noyaux fibreux qui peuvent s'y trouver, diminuer le volume de la partie du pédicule qui se trouve située au-dessus de la ligature. Si l'amputation supra-vaginale de l'utérus s'accompagne d'une énucléation de tumeur fibreuse, on réunit par la suture la plaie qui résulte de cette énucléation ou on la draine vers le vagin et on fixe le pédicule utérin seul à la partie inférieure de l'incision abdominale. Grâce aux efforts persévérants de HEGAR, KALTENBACH, TAUFFER (1), BREISKY et autres, la méthode extra-péritonéale est aujourd'hui parfaitement applica-

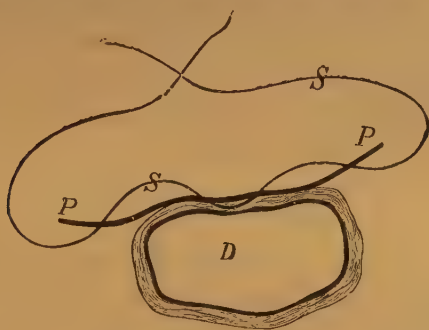


Fig. 117. — Suture de SCHREDER dans le cas d'adhérences avec l'intestin. — D, intestin ; — P, péritoine.

ble aux myomes sous-péritonéaux et aux tumeurs développées primitivement dans le col de l'utérus.

Des adhérences peuvent exister entre les myomes et les organes abdominaux. Les adhérences *avec l'épiploon* sont les plus fréquentes, et elles se font remarquer par leur grande vascularité ; il faudra les sectionner entre deux ligatures à quelque distance de la tumeur. Les adhérences *intestinales* sont beaucoup plus rares, mais elles sont parfois très résistantes et très vasculaires, tout comme celles qui compliquent les tumeurs ovariennes. Dans les cas difficiles, SCHREDER

(1) *Wiener med. Wochenschr.* 1885, janvier.

avait recours avec succès à la manœuvre suivante : il incisait le péritoine de la tumeur tout autour de l'adhérence et il détachait de la tumeur l'intestin et le lambeau de séreuse circonscrit par l'incision ; il fermait alors par la suture, appliquée de la manière indiquée à la figure 117, la surface saignante attachée à l'intestin. Quant à l'hémorrhagie qui provenait de l'endroit dénudé de la tumeur, elle s'arrêtait dès que la ligature élastique était appliquée.

Le manuel opératoire présente des changements considérables lorsque la myomotomie est *compliquée de grossesse*, soit que par suite de la grossesse la tumeur augmente de volume avec une rapidité qui puisse faire craindre des accidents, soit que le myome obstrue le canal pelvien au point de rendre impossible le passage d'un enfant vivant. Un assez bon nombre d'opérations ont déjà été pratiquées pour parer à la première de ces éventualités ; dans les cas relativement peu nombreux de la seconde catégorie, l'opération césarienne a donné de bien meilleurs résultats que la myomotomie pratiquée à la fin de la grossesse (1). Il est à noter aussi qu'à la faveur du ramollissement de tous les tissus à la fin de la grossesse, et grâce aux contractions utérines, l'accouchement peut se passer sans accidents dans les cas en apparence les plus désespérés.

Le manuel opératoire varie d'après qu'on se propose d'enlever la tumeur tout en laissant l'utérus en place, ou qu'on préfère pratiquer la double extirpation du myome et de l'utérus gravide. Il n'est que rarement possible d'avoir recours à la première méthode, attendu que la plupart des myomes ne sauraient être enlevés sans occasionner de lésions graves de l'utérus. Il est vrai qu'à en juger d'après les observations de MARTIN (2) et de FROMMEL (3) l'énucléation des myomes

(1) SAENGER, *Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen*, etc. 1882.

(2) LANGNER, *Bert. kl. Woch.*, 1886, n° 23.

(3) *Munch. med. Woch.*, 1886, n° 52.

hors des parois de l'utérus gravide ne présente pas les dangers exceptionnels qu'on aurait pu prévoir. Il n'existe jusqu'ici dans la littérature médicale que neuf cas d'opérations de cette espèce : trois furent suivies de mort ; dans cinq cas, la grossesse poursuivit son cours et se termina par un accouchement normal. L'ablation *simultanée* de la tumeur et de l'utérus gravide a donné également d'excellents résultats.

Grâce à l'impulsion extraordinaire donnée par la gravidité au développement des tumeurs fibreuses, des accidents graves éclatent parfois dès les premiers mois de la gestation. Si la grossesse est déjà très avancée, on attendra aussi longtemps que possible avant d'intervenir, dans l'espoir de trouver un enfant vivant et viable ; si l'intervention opératoire est inévitable, on pratiquera l'opération de PORRO qui ne différera pas alors de l'amputation simultanée de l'utérus gravide aux premiers mois et des myomes qu'il renferme. Cette dernière opération a été pratiquée en tout neuf fois jusqu'aujourd'hui, avec trois cas de mort (1). A en juger d'après les opérations de ce genre que SCHRÖDER a pratiquées avec moi, l'élasticité du col de l'utérus et des ligaments rend l'amputation supra-vaginale de l'utérus plus aisée pendant la grossesse qu'en dehors de cette époque (2). Le pronostic paraît beaucoup plus grave dans l'opération de PORRO pratiquée, à cause de la présence des myomes, au moment même de l'accouchement (3).

Traitement consécutif. — Le traitement consécutif varie beaucoup selon qu'on a eu recours à la méthode intra-ou extra-péritonéale. La facilité des soins à donner après l'opération constitue précisément un des principaux avantages du trai-

(1) VOIR KALTENBACH, *Gynécologie opératoire* et WEHMER, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd., XIV.

(2) HOFMEIER, *Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 19.

(3) SAENGER, *loc. cit.*

tement intra-péritonéal du pédicule. Après la réunion de la plaie abdominale et après l'application du pansement, tout est fini ; du huitième au dixième jour, on renouvelle le pansement, on enlève les fils et la malade quitte définitivement le lit du seizième au vingtième jour. Les soins consécutifs sont les mêmes qu'après toute laparatomie : abstention complète de toute alimentation pendant les premières 48 heures ; tout au plus permettra-t-on, pour calmer la soif de l'opérée, un peu de thé froid, un peu de vin rouge, quelques morceaux de glace ou quelques gorgées de champagne frappé. Le second jour, si les vomissements ont complètement cessé, on accordera des quantités de liquide plus abondantes. Pour le reste, je renvoie le lecteur au chapitre XV, § 20 sur l'ovariotomie.

Si on a été forcé de recourir au drainage, on enlèvera le drain dès que les sécrétions seront notablement diminuées (MARTIN).

Le traitement consécutif est bien plus compliqué et plus difficile lorsqu'on a employé la *méthode extra-péritonéale*. La portion du pédicule située au-dessus de la ligature élastique présente une grande tendance à la putréfaction. On a essayé d'empêcher cet accident, en cautérisant les couches superficielles du moignon et en répétant cette cautérisation à mesure que de nouvelles parties du pédicule se présentent après l'expulsion de l'eschare précédente. PÉAN employait la solution de perchlorure de fer ; HEGAR s'est servi d'abord d'eau chlorée, qui avait l'inconvénient de mouiller les pansements, et plus tard d'une solution de chlorure de zinc à 5 ou 10 0/0. Après deux ou trois jours de traitement au chlorure de zinc, le moignon était sec, dur et comme corné. Mais le chlorure de zinc cautérisait en même temps la gouttière creusée autour du pédicule, des suintements fréquents de sang obligeaient de renouveler souvent les pansements ; KALTENBACH donne aujourd'hui la préférence soit à la poudre d'iodoforme, soit à un mélange de 3 parties de tannin pour 1 d'aci-

de salicylique. Il remplit de cette poudre le sillon creusé autour du moignon : celui-ci devient sec, comme tanné ; il se ratatine considérablement les premiers jours et après trois semaines en moyenne, il se détache avec ou sans la ligature élastique ; au besoin, on enlèvera le reste du pédicule avec des ciseaux.

La plaie en entonnoir qui subsiste se sèche rapidement et guérit avec une cicatrice régulière. Si tout va bien, l'opérée quitte le lit après quatre semaines. Pour empêcher la production des hernies abdominales on appliquera un bandage muni, à l'endroit qui correspond à la cicatrice du pédicule, d'une pelote peu résistante. Si la convalescence a eu lieu sans accidents, on trouve après quelques mois le moignon petit et mobile.

J'ai observé des cas, qui avaient été opérés d'après la méthode intra-péritonéale, où en pratiquant le toucher on aurait pu douter qu'une opération eut été faite à l'utérus. Si on a eu recours à la méthode extra-péritonéale, on trouve le moignon adhérent à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, laquelle à cet endroit est élargie et légèrement enfoncée.

Suites de l'opération. — La convalescence après la myomotomie est fréquemment troublée par des accidents plus ou moins graves. Les *hémorragies secondaires* sont rares avec l'une comme avec l'autre méthode ; plus souvent il se forme autour du pédicule des exsudats qui crèvent dans un des organes voisins. Si on a employé exclusivement de la soie pour faire la suture du moignon, des fils peuvent être expulsés par le col et par le vagin, longtemps encore après l'opération. Si on a rentré le pédicule avec la ligature élastique, celle-ci finit souvent par être rejetée soit par le vagin, par la vessie ou le rectum.

Parmi les accidents fâcheux qui peuvent survenir après l'hystérectomie, il faut encore citer les *thromboses étén-*

dues dans les veines du bassin et des cuisses. La faiblesse cardiaque dont souffrent fréquemment les malades atteintes de tumeurs abdominales peut donner lieu aussi à des troubles plus ou moins graves (1).

Des complications spéciales peuvent survenir lorsque d'autres organes abdominaux, vessie, intestin etc. ont été blessés au cours de l'opération.

Dans une des dernières opérations qu'il a pratiquées, SCHRÆDER fit deux blessures étendues au colon ascendant qui avait de larges adhérences avec une tumeur fibreuse intraligamentaire. La suture intestinale fut pratiquée avec soin. Après l'opération, il survint d'abord des symptômes d'*étranglement intestinal* ; lorsqu'ils se furent dissipés, il s'établit une fistule stercorale à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Cette fistule se ferma bientôt à son tour et la malade finit par guérir.

Presque toujours il se produit une hémorragie plus ou moins abondante par le vagin, pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Cette hémorragie, qui paraît due à une fluxion collatérale, se produit alors même que la cavité utérine n'a pas été entamée.

Pronostic. — Le pronostic de la myomotomie s'est considérablement amélioré, grâce surtout aux efforts persévérants de HEGAR et de SCHRÆDER. Je crois cependant devoir répéter aujourd'hui ce que je disais il y a trois ans, à savoir que cette opération est très difficile et très dangereuse et qu'avant de l'entreprendre il faut peser et comparer, dans chaque cas particulier, les accidents qui peuvent résulter de la présence du myome et les dangers auxquels expose l'opération. D'au-

(1) Voir FEHLING, *Beitr. zur oper. Behandl. der Uterusmyome*, Stuttgart, 1878 ; HOFMEIER, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X, p. 366 ; DOHRN, *Todesfälle nach Embolie bei Unterleibstumoren*, *ibid.*, p. 135.

tre part, il faut, avant de pratiquer des myomotomies, être complètement initié à l'antisepsie préventive, au diagnostic et à la technique de cette variété d'opérations.

Les dangers de la myomotomie varient surtout d'après les conditions anatomiques de la tumeur. Sur 21 cas, pour la plupart fort difficiles et fort compliqués, que SCHRÖEDER opéra sans devoir ouvrir la cavité utérine, 2 seulement furent suivis de mort; cet opérateur perdit 18 malades sur 58 myomotomies avec ouverture de la cavité utérine: il en perdit 12 sur 21 myomotomies avec énucléation étendue et plaies profondes du petit bassin. Ces chiffres, qui concordent du reste avec les statistiques d'un grand nombre d'autres chirurgiens, prouvent que les dangers de la myomotomie augmentent en raison directe des difficultés opératoires.

Statistique des résultats. — Il n'est pas facile de donner un tableau exact des résultats obtenus par la myomotomie: d'abord, la plupart des chiffres que nous possédons sont empruntés aux premiers temps de l'opération et ensuite la plupart des opérateurs n'ont que des séries restreintes de myomotomies à enregistrer.

A la fin de l'année 1885, GUSSEROW publiait une statistique de 533 myomotomies avec 185 morts (24, 8 p. 0/0). La statistique de KALTENBACH comprend 517 opérations avec une mortalité de 35 p. 0/0.

Les publications récentes fournies par les opérateurs allemands ont donné les résultats suivants:

SCHRÖEDER.....	164	opérations avec	49	morts
MARTIN (1).....	86	—	15	—
GUSSEROW (2).....	20	—	8	—
OLSHAUSEN (3).....	29	—	9	—

(1) MARTIN. *Traité clinique des maladies des femmes*, trad. VARNIER et WEISS, page 336, G. Steinheil, éditeur, 1889.

(2) *Neubildungen des Ut.* II Aufl., p. 102.

(3) *Klin. Beitr.* etc., 1884.

HEGAR (1)	31 opérations avec 10 morts		
KALTENBACH (2).....	30	—	4 —
BRAUN (3).....	38	—	6 —
TAUFFER (4).....	31	—	6 —
FEHLING (5).....	14	—	3 —
FROMMEL (6).....	15	—	0 —
LANDAU (7).....	36	—	8 —
HOFMEIER	6	—	0 —
Total.....	500	—	418 — ou 23,6 0/0

Je n'attache pas une très grande importance à cette statistique. Elle donne cependant une idée assez exacte des résultats que la myomotomie a donnés entre les mains des opérateurs allemands; elle prouve en outre que, dans ces dernières années, la mortalité de la myomotomie s'est abaissée du tiers au quart.

Si on tient compte de la méthode employée, on peut ranger les résultats obtenus en deux groupes :

MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE

SCHRÖDER.....	163 opérations avec 49 morts		
GUSSEROW	20	—	8 —
MARTIN.....	86	—	15 —
OLSHAUSEN	29	—	9 —
FROMMEL.....	15	—	0 —
LANDAU.....	36	—	8 —
HOFMEIER	6	—	0 —
Total.....	355	—	89 —

MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE

BRAUN	38 opérations avec 6 morts		
HEGAR.....	22	—	6 —
KALTENBACH.....	22	—	1 —
TAUFFER.....	17	—	2 —
FEHLING.....	11	—	1 —
Total	110	—	16 —

(1) *Gynécologie opératoire*, p. 353.

(2) WEHMER, *Zeitschr. f. G. u. Gyn.* Bd. XIV, p. 135.

(3) *Wien. med. Woch.*, 1887; n° 22.

(4) DIRNER, *Zur Frage der Stielversorgung* etc.

(5) FEHLING, *Beiträge zur operat. Behandl.*, etc. Stuttgart, 1887.

(6) Communication orale.

(7) Idem.

A en juger d'après ces chiffres, la méthode intra-péritonéale aurait donné 25 0/0 de morts, tandis que le traitement extra-péritonéal ne donnerait qu'une mortalité de 14 0/0. Mais il est évident que ces chiffres n'ont qu'une valeur *relative* : d'abord les chiffres de la seconde série sont trois fois moins nombreux que ceux de la première catégorie ; ensuite, j'ai donné la statistique complète des opérations de SCHRÖDER, sans en retrancher les premières qui ont été pour la plupart suivies d'insuccès. Or, il est évident que le procédé opératoire employé par SCHRÖDER donne aujourd'hui des résultats supérieurs à ceux d'autrefois : cela résulte jusqu'à l'évidence des succès obtenus par FROMMEL, par LANDAU et par moi : 57 opérations avec 8 morts c'est-à-dire 14 0/0 d'insuccès.

D'après la statistique de WEHMER, empruntée en partie à des opérateurs étrangers, 262 cas de myomotomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule, ont donné 24 0/0 de mort, résultat analogue à celui qu'a donné la méthode intra-péritonéale.

Il appartient à l'avenir de nous faire connaître des méthodes plus perfectionnées d'antisepsie et de suture utérine, permettant d'ériger le traitement intra-péritonéal du pédicule en règle à suivre dans la myomotomie. Peut-être arrivera-t-il à la myomotomie ce qui s'est passé pour l'opération césarienne, c'est-à-dire que la méthode à suivre variera d'après les indications fournies par les rapports anatomiques de la tumeur à enlever. Aujourd'hui déjà, la plupart des chirurgiens ont recours à la méthode intra-péritonéale lorsque le myome est pédiculé sur l'utérus. Si au contraire la tumeur fibreuse est en voie de décomposition putride, il convient non seulement de fixer le pédicule à l'extérieur, mais de suivre le conseil de NUSSBAUM et de ne procéder à l'ablation de la tumeur que quand la cavité péritonéale a été fermée au-dessous du myome.

Quant aux procédés mixtes de WELFLER (1), KUESTER (2) et SÆNGER (3), je ne pense pas qu'ils puissent jamais être admis comme méthode courante.

Lorsque l'hystérotomie a réussi, les femmes se trouvent dans un excellent état de santé. Il est vrai qu'un certain nombre d'entr'elles se plaignent pendant quelque temps de désordres nerveux imputables à l'arrivée prématurée de l'âge de retour, mais ces phénomènes ne tardent généralement pas à disparaître.

Quant aux malades anémiques, il leur faut souvent quelques mois pour arriver à un entier rétablissement. On voit parfois se produire, surtout lorsque l'on a appliqué la méthode extra-péritonéale, des hernies abdominales. On prévient cet accident par l'application d'un bon bandage.

AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DANS LE CAS D'AUTRES TUMEURS DE L'UTÉRUS.

Dans les pages qui précèdent, nous n'avons parlé que du traitement opératoire des *fibromes* de l'utérus. Cette affection, tout en étant de beaucoup la plus fréquente, n'est cependant pas la seule qui nécessite l'amputation du corps de l'utérus. Le *sarcome* et le *carcinome* du corps de l'utérus sont loin d'être exceptionnels. Avant l'introduction en chirurgie de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, on cherchait à enlever ces néoplasmes par l'amputation supra-vaginale de l'utérus après laparotomie.

On libère le col de l'utérus par la section des annexes, on applique la ligature élastique et après avoir lié les artères utérines dans la continuité des tissus, on excise le corps de l'utérus. Pour attirer l'utérus dans l'incision abdominale, on

(1) *Wiener med. Woch.* 1885, nos 25 et 49; ou VON HACKER, *même Revue*, n° 48.

(2) *Centralbl. f. Gyn.*, 1884, n° 1.

(3) *Ibidem*, 1886, n° 44.

se servira de fortes pinces à pointes mousses pour éviter de percer la cavité utérine et de provoquer un épanchement de matières putrides à l'intérieur de la cavité abdominale. SCHRÆDER ouvrait la cavité utérine avec le thermo-cautère, puis il excisait la muqueuse cervicale en entonnoir. Suture du moignon comme après la myomotomie.

L'opération est relativement aisée lorsqu'il est possible de bien attirer l'utérus dans la plaie abdominale et quand le relâchement des parois de l'abdomen permet d'opérer facilement dans la profondeur du petit bassin. Dans les conditions contraires, les difficultés sont toujours considérables et il est clair que les dangers de l'opération augmentent dans la même mesure.

Le danger principal est *l'infection* résultant de l'introduction dans la cavité péritonéale des germes septiques accumulés dans l'utérus. Aussi la mortalité de cette opération est-elle restée *très élevée*. Nous avons toutefois obtenu un certain nombre de résultats fort encourageants, qui eussent été, du reste, tout aussi favorables après l'hystérectomie totale par le vagin.

Dans un cas d'amputation de l'utérus pratiquée pour un adénome malin, il survint une récurrence dans le col, quatre années après la première opération, de sorte qu'il fallut recourir à l'extirpation du moignon cervical (1).

SCHRÆDER a pratiqué en tout 25 fois l'amputation supra-vaginale de l'utérus pour tumeurs malignes : 20 fois pour cancer, 3 fois pour sarcome, 2 fois pour adénome malin. L'opération fut suivie de mort 11 fois. J'ai, pour ma part, pratiqué trois opérations semblables, toutes avec issue fatale ; je puis ajouter que dans deux de ces cas, les conditions étaient des plus désavantageuses ; une fois notamment, il y eut rupture d'un pyosalpinx distendu par un liquide putride. Il est donc mort en tout 14 malades sur 28 opérations.

(1) Voir *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XII, p. 449.

Je n'ai pas de renseignements précis sur le compte de toutes ces opérées ; je sais cependant que trois d'entr'elles étaient encore en parfaite santé 4 et 5 ans après l'opération ; chez une quatrième, opérée de cancer, il survint de nouvelles hémorragies 2 ans et demi après l'opération. Dans un des cas d'amputation du corps de l'utérus pour adénome malin, il survint une récurrence dans le col, 4 ans après l'opération.

L'extirpation totale de l'utérus par le vagin a complètement supplanté, aujourd'hui, l'amputation supra-vaginale dans le cas de tumeur maligne de l'utérus. On n'aura recours à cette dernière opération que si la tumeur maligne dépasse le volume d'une tête d'enfant, ou si l'extirpation vaginale est rendue impossible pour d'autres raisons.

C'est ainsi qu'en 1886 SCHRÖDER a enlevé par l'amputation supra-vaginale un adénome putréfié de l'utérus, gros comme une tête d'adulte. Dans un second cas opéré par SCHRÖDER, il s'agissait d'une malade chez laquelle la destruction complète du septum vésico-vaginal avait nécessité l'oblitération opératoire du vagin ; le col étant en même temps atrésié, il se développa une hématomètre qui fut ponctionnée à diverses reprises par la vessie. La situation étant devenue intolérable, SCHRÖDER enleva avec succès par le ventre l'utérus distendu par le sang ainsi que les ovaires.

SCHULTZE (1) pratiqua la même opération chez une malade atteinte d'infection puerpérale, chez laquelle l'orifice externe était trop étroit pour permettre l'extraction du placenta complètement putréfié. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison.

(1) SCHULTZE, *Deuts. med. Woch.*, 1846, n° 44.

§ 15. — Opérations dans le cas d'inversion utérine.

Au groupe des extirpations partielles de l'utérus appartient un certain nombre d'opérations pratiquées dans le cas d'inversion ancienne de cet organe. J'ai hâte d'ajouter que ces opérations ne sont que fort rarement indiquées. J'ai observé un nombre considérable d'inversions utérines, les unes récentes, les autres remontant à plusieurs mois ou à plusieurs années ; je n'en ai pas vu qui n'aient pu être réduites par des procédés de lenteur et de prudence. Si l'inversion est récente et d'origine puerpérale, je me borne même à une seule tentative prudente de réduction manuelle, attendu que le danger de ces manœuvres diminue à mesure que l'on s'éloigne de la date de l'accouchement. Le col de l'utérus se rétrécit très vite après l'accouchement et il exerce une constriction plus ou moins énergique sur le corps de l'utérus renversé ; d'autre part l'utérus puerpéral est extraordinairement mou et vulnérable.

Il faut donc, lorsque l'inversion est récente, éviter tout effort violent de réduction. Ce précepte s'applique aussi, à mon avis aux cas d'inversion invétérée. La pratique consistant à fixer le col à l'aide d'une anse de fil ou d'une pince de Muzeux et à repousser avec force l'utérus en haut peut occasionner des accidents fort graves, ainsi que j'ai pu m'en assurer moi-même. THOMAS incise la paroi abdominale pour pratiquer la dilatation de l'anneau resserré formé par le col et pour forcer ensuite le corps de l'utérus à travers cet anneau. Ce procédé, mauvais en théorie, est très dangereux en pratique, comme le prouvent les résultats obtenus par THOMAS (1)

(1) *Diseases. of Women.* III, éd.

lui-même. Le précepte « *festina lente* » est absolument applicable au traitement de l'inversion utérine : on arrive au but plus sûrement et avec moins de dangers par des manœuvres prudentes et méthodiques que par des efforts violents.

L'emploi méthodique du colpeurynter et mieux encore le *tamponnement continu du vagin avec la gaze iodoformée* permettent d'obtenir la réduction, tantôt après quelques jours, et d'autres fois seulement après quelques semaines. Le col de l'utérus s'ouvre difficilement par l'emploi de la violence, mais il finit toujours par céder à des efforts continus de traction ou de pression. La distension uniforme des culs-de-sac vaginaux et la pression exercée également sur le corps de l'utérus suffisent à amener la dilatation du col ; peut-être survient-il des contractions utérines qui accélèrent l'ouverture de l'anneau cervical. La pression uniforme exercée par le tamponnement sur le corps de l'utérus me paraît être d'un grand secours pour produire la réduction, et la gaze iodoformée permet mieux que l'emploi du colpeurynter d'arriver à ce résultat.

Je n'ai pas vu d'inversion qui n'ait cédé au tamponnement systématique du vagin par la gaze iodoformée. Toutefois, il peut arriver qu'on ne parvienne pas à obtenir la réduction, et il sera indiqué alors ou bien d'enlever le corps de l'utérus renversé ou de pratiquer l'extirpation complète de cet organe.

De toutes les méthodes autrefois employées pour enlever le corps de l'utérus inversé, la seule à laquelle on puisse encore avoir recours aujourd'hui est l'excision au bistouri, précédée de l'application d'une ligature élastique comme moyen d'hémostase. Après avoir coupé le corps de l'utérus, on laisse le tube de caoutchouc en place : celui-ci finit par se détacher spontanément après deux ou trois semaines. Si l'on craint que le lien élastique puisse glisser, on peut, à l'exemple de KALTENBACH, après avoir excisé le corps de l'utérus, suturer le bord du péritoine et fermer, par des

ligatures faites dans la continuité des tissus, les vaisseaux les plus volumineux qu'on trouve sur la surface de section.

Dans un cas rebelle à des tentatives répétées de réduction, SCHUELEIN (1) eut recours avec succès à la méthode suivante : il passa des anses de fil de soie à travers les bords du col et la partie supérieure de l'utérus renversé (fig. 118), pour empêcher le moignon de se renverser en haut après

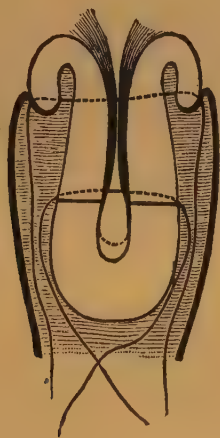


Fig. 118. — Amputation de l'utérus renversé. Procédé de SCHUELEIN.

l'ablation du corps de l'utérus. Ayant alors excisé le corps de l'organe, il noua les fils et fixa en bas le moignon utérin. Les suites de cette opération furent heureuses.

J'estime que l'extirpation totale de l'utérus par le vagin est à peine plus dangereuse et plus difficile que l'ablation du corps de l'utérus renversé, et c'est à cette opération que j'aurais recours si j'avais à intervenir pour un cas de renversement irréductible de la matrice.

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. X, p. 345.

CHAPITRE XII

EXTIRPATION TOTALE DE L'UTERUS

L'extirpation totale de l'utérus est une opération dont le développement méthodique appartient à ces dix dernières années ; elle est l'œuvre des progrès immenses qui ont été accomplis en chirurgie abdominale grâce aux procédés antiseptiques. Née il y a à peine dix ans, cette opération a subi dans ces derniers temps des changements fondamentaux et des perfectionnements qu'aucune autre n'a reçus, et cela malgré les insuccès relatifs qu'elle a souvent à enregistrer de par la nature même des affections qu'elle est destinée à guérir. Il semble même que l'ablation totale de la matrice gagne encore tous les jours du terrain.

A l'époque où cette opération constituait encore un danger menaçant pour la vie, on n'osait y recourir que dans les maladies qui entraînaient fatalement la mort, c'est-à-dire dans les affections de nature maligne. Aujourd'hui qu'elle a perdu une grande partie de sa gravité, on ne pourrait plus contester absolument qu'elle puisse être indiquée dans certaines affections qui, sans mettre directement la vie en danger, rendent tout travail impossible et empoisonnent l'existence, *pourvu que l'extirpation totale de l'utérus amène une guérison absolument certaine.*

J'insiste sur cette dernière considération. Ainsi, je ne crois pas que l'extirpation totale de l'utérus puisse jamais être indiquée dans le cas de rétroflexion compliquée de périmérite,

car il ne suffit pas d'enlever l'utérus pour faire disparaître l'inflammation du péritoine et les symptômes douloureux que cette affection peut occasionner. Le prolapsus complet de l'utérus me paraît aussi une indication fort douteuse : en effet, si l'ablation totale de l'utérus fait disparaître le prolapsus proprement dit, elle ne guérit pas nécessairement la chute du vagin, la cystocèle, etc., qui l'accompagnent.

Dans l'état actuel de la science, je considère l'extirpation totale de l'utérus comme justifiée, *lorsqu'elle peut faire disparaître et que seule elle peut faire disparaître des états morbides incompatibles avec la vie ou rendant l'existence intolérable*. C'est là une indication générale, à laquelle il est impossible d'assigner des limites précises, et dont l'application devra être consciencieusement étudiée dans chaque cas particulier.

Il existe deux méthodes fondamentalement différentes d'extirpation totale de l'utérus :

1° L'ablation totale de l'utérus *par la voie abdominale*, après laparotomie ;

2° L'extirpation totale de cet organe *par le vagin*, après ouverture des culs-de-sac vaginaux.

Le premier de ces deux procédés a été presque entièrement abandonné pour le second ; cependant il existe encore des cas où l'extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale mérite d'être pratiquée. Je vais me borner à la décrire telle qu'on la pratique aujourd'hui, sans insister sur les modifications que cette opération a subies.

§ 16. — Extirpation de l'utérus par la voie abdominale.
Opération de Freund.

L'extirpation totale de la matrice par la voie abdominale, ou opération de FREUND (1) consiste à séparer par la cavité péritonéale, les connexions de l'utérus avec les organes voisins, à lier les vaisseaux, et après avoir enlevé l'utérus, à faire sortir *par la plaie du vagin* les moignons des ligaments larges.

La difficulté capitale de cette méthode est de parvenir, en opérant par le ventre, à libérer le col de ses attaches sans provoquer ni hémorragie, ni lésions secondaires. RYDYGIER (2) en proposant d'isoler le col des tissus ambiants, par le vagin, avant d'ouvrir la cavité péritonéale, a apporté une modification de la plus haute valeur à l'opération de FREUND. Si on a soin de libérer aussi haut que possible le col de l'utérus par la voie vaginale, en se servant de la méthode décrite à propos de l'amputation supra-vaginale du col de la matrice, on rend l'utérus beaucoup plus mobile et plus facilement accessible par la cavité péritonéale. La difficulté principale de l'opération de FREUND se trouve ainsi éliminée.

Pour pouvoir pénétrer plus aisément dans la cavité pelvienne, on aura soin de vider l'intestin aussi complètement que possible avant l'opération. Il peut être indispensable, dans le même but, de sectionner transversalement les muscles droits, immédiatement au-dessus de leur insertion sur les pubis. Il peut devenir nécessaire aussi d'attirer au dehors

(1) FREUND, Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus. *Volkmann's Vorträge*. N° 133.

(2) *Berl. klin. Wochenschr.*, 1886, N° 44.

les intestins, enveloppés dans des serviettes chaudes, et de les fixer contre la paroi abdominale.

Une fois le champ de l'opération mis à nu, on saisit le corps de l'utérus au moyen de la forte pince fenêtrée imaginée par FREUND, et on l'attire au dehors. Le procédé qui consiste à fixer le corps de l'utérus avec une anse de fil passée à travers cet organe expose à l'infection du péritoine par la cavité utérine et doit être absolument rejeté. Mais on peut fort bien introduire, de part et d'autre de l'utérus, et tout près des bords de cet organe, un fort fil de soie au-dessous du point d'implantation des ligaments ronds, pour attirer l'organe vers l'extérieur. Au moyen d'une aiguille mousse, on traverse les ligaments larges d'arrière en avant, on lie les annexes de l'utérus avec une ou plusieurs ligatures et on sectionne les tissus en dedans de ces ligatures.

Si le col a été isolé d'avance par le vagin, il est très facile de passer une suture à travers la partie inférieure du ligament large pour saisir l'artère utérine; or c'était là, dans la méthode primitive de FREUND, le temps le plus difficile et le plus dangereux de l'opération. Pour placer les fils qui doivent embrasser les artères utérines, FREUND se servait d'une longue aiguille troicart, qui n'est plus employée aujourd'hui.

Pour pratiquer l'excision de l'utérus on fait d'abord sur la face antérieure et puis sur la face postérieure de cet organe une incision courbe qui divise le péritoine, puis on détache en avant et en arrière le col utérin du tissu conjonctif pelvien au moyen du doigt ou d'instruments mousses. Une fois l'utérus enlevé, on attire par la plaie du vagin les fils des ligatures et on réunit par quelques sutures au catgut le péritoine de la paroi antérieure avec le péritoine de la paroi postérieure du bassin, de manière à fermer complètement en bas la cavité péritonéale. BARDENHEUER (1) a obtenu d'excellents résultats par le *drainage* de la cavité péritonéale vers le vagin.

(1) *Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*. Stuttgart, 1880.

De nombreux changements ont été apportés à l'opération de FREUND et l'ont rendue plus facile et moins grave ; cependant le danger capital de l'opération subsiste toujours, à savoir la communication large qui est établie entre le vagin et la cavité abdominale et le passage par le ventre, au moment de l'extraction de l'utérus, d'un col miné et détruit par le cancer ; ajoutons à cela le traumatisme chirurgical résultant d'une opération de longue durée, au fond de la cavité pelvienne, les intestins étant parfois attirés et maintenus hors du ventre.

La *mortalité énorme* de l'opération de FREUND (1) a contribué puissamment à la faire rejeter et à la faire remplacer par l'extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Il peut se faire cependant qu'elle soit indiquée : c'est ainsi que SCHRÖDER (2) y a eu recours dans un cas d'opération césarienne pratiquée pour cancer du col et où la dégénérescence maligne paraissait encore nettement limitée à cet organe.

Dans un cas mentionné par BISCHOFF (3) et dans une autre observation publiée par FRITSCH (4), l'extirpation totale de l'utérus ayant été reconnue impossible, ces deux opérateurs pratiquèrent la laparotomie pour terminer l'opération.

(1) La statistique d'AHNFELD signale 49 décès sur 68 opérations. (*Deutsche med. Woch.* 1880, n° 3) ; celle de KALTENBACH 80 cas de mort sur 119. *Gyn. opérat.* p. 452.

(2) Voir le compte rendu de la société d'obstétrique de Berlin, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XI, p. 437.

(3) GOENNER, Zur Therapie des Carcinoma Uteri in der Schwangerschaft. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. X.

(4) HEILBRUNN, *Centralbl. f. Gyn.* 1885, n° 5.

§ 17. — Extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Historique. — Un certain nombre d'extirpations totales de l'utérus cancéreux par le vagin ont été pratiquées (1) au commencement de ce siècle par LANGENBECK, SAUTER, RÉCAMIER et d'autres, mais c'est à CZERNY (2) qu'appartient l'honneur d'avoir proposé une méthode rationnelle et scientifique pour cette opération.

Peu de temps après CZERNY, BILLROTH et SCHEDE suivaient une méthode analogue, et leurs opérations furent suivies de succès (3). SCHRÖDER (4) pratiqua sa première extirpation vaginale de l'utérus en juin 1880, et déjà en septembre de la même année, il pouvait rapporter huit opérations analogues au Congrès des Naturalistes à Dantzig. Les procédés actuellement en usage ne sont que des modifications des méthodes employées primitivement par les chirurgiens que nous venons de citer.

Il n'entre pas dans mes intentions de décrire les différentes étapes par lesquelles cette opération a passé depuis son origine, ni de rendre compte des modifications que tel et tel opérateur ont apportées aux méthodes employées par leurs devanciers. Je me bornerai à signaler les indications qui me paraissent *justifiées*, à exposer le manuel opératoire qui me paraît *le plus pratique* et à faire connaître le traitement consécutif qui me paraît *le plus convenable*.

(1) Voir HEGAR et KALTENBACH, *Gynécologie opératoire*, p. 332, et GUSSEROW, *loc. cit.*

(2) *Wien. med. Woch.* 1879, n° 45 à 49, Ueber Ausrottung des Gebärmutterkrebses.

(3) Voir le *Compte rendu du 9^e congrès de chirurgie*, I, p. 86 et suiv.

(4) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. VI.

Indications. — J'ai déjà touché précédemment à la question des indications de l'extirpation totale de l'utérus. L'indication principale (la seule dont pour notre part nous ayons tenu compte jusqu'aujourd'hui), est fournie par les affections malignes de l'utérus, notamment par le cancer et par le sarcome, pourvu que la dégénérescence soit trop étendue pour que des extirpations partielles offrent encore des chances sérieu-



Fig. 119. — Cancer du col de l'utérus. Fig. 120. — Cancer du corps de l'utérus.

ses de succès. Les figures 119, 120 et 121 représentent des cancers où seule l'ablation complète de l'utérus pouvait amener la guérison. Les matrices représentées figures 119 et 120 ont été enlevées par moi, la première il y a 4 ans et la seconde il y a 15 mois ; ces deux opérées sont encore aujourd'hui fort bien portantes.

Chez la malade opérée par SCHREDER et dont la matrice

est dessinée figure 121, une récurrence locale survint une année après l'opération. La figure 122 représente en grandeur naturelle un utérus gravide du second au troisième mois, dont je pratiquai l'extirpation totale, pour éviter une récurrence certaine bien que le col fût seul envahi par la dégénérescence (1).

Un certain nombre d'opérateurs allemands (MARTIN, FRITSCH, LEOPOLD, BRENNECKE) ont recours à l'extirpation *totale* quelle que soit l'étendue du cancer utérin ; la statisti-



Fig. 121. — Cancer du col de l'utérus.

que que j'ai publiée et qui s'étend à une période de sept ans (2) me semble démontrer que dans certains cas de cancer du col, l'amputation supra-vaginale du col utérin est *suffisante* et doit être préférée à l'extirpation totale de l'utérus comme étant plus facile et moins grave. J'avoue qu'il n'est pas toujours possible de déterminer les cas qui ressortent à

(1) Voir : *Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, n° 19 : Operationen am schwangeren Uterus ; et BENCKISER et HOFMEIER : *Beiträge zur Anatomie des schwangeren und kreissenden Uterus*. Stuttgart. Enke 1887. Taf. I.

(2) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XII.

l'une ou à l'autre de ces méthodes opératoires. En Angleterre et en Amérique, on réserve généralement l'extirpation totale aux cas de cancer du corps de l'utérus, tandis qu'en France on tend de plus en plus à pratiquer cette opération même dans le cas de cancer du col de la matrice.

Il est difficile de décider jusqu'à quel point l'infiltration du tissu conjonctif paramétrique constitue une *contre-indication* à l'opération. Dans les cas douteux, nous avons pris l'habitude de pratiquer une exploration soigneuse par le rectum, la malade étant sous le chloroforme, pour mieux juger de l'état du tissu conjonctif pelvien. On reconnaît ainsi beaucoup mieux que par le vagin le *degré de mobilité* de la matrice et le *degré de résistance* des ligaments sacro-utérins et de la base des ligaments larges.

Nous avons considéré l'opération comme contre-indiquée toutes les fois qu'il existe une infiltration cancéreuse manifeste *dans le voisinage de l'utérus*. Il est surtout difficile de prendre une détermination lorsque les ligaments larges sont le siège d'un épaississement *modéré*, attendu qu'il est alors impossible de décider si l'infiltration est de nature *inflammatoire* ou si elle est due à *l'extension du cancer*.

Il faudra considérer comme fort suspectes les nodosités en forme de grains de chapelet que l'on observe parfois dans les ligaments sacro-utérins. Toutefois, les résultats définitifs tout à fait inespérés que j'ai plusieurs fois obtenus dans ces conditions m'engagent à intervenir même dans les cas douteux, étant donné que les altérations morbides constatées peuvent-être de nature bénigne, et que l'opération est pour les malades la seule planche de salut.

Traitement préliminaire. — Le traitement préopératoire comporte avant tout, outre les soins antiseptiques généraux que nous avons étudiés déjà précédemment, la désinfection rigoureuse de la plaie cancéreuse du col ; les ulcères putrides ré-

sultant de la désagrégation des néoplasmes de mauvaise nature seront lavés avec le plus grand soin avec des solutions sûrement et absolument désinfectantes.



Fig. 122. — Cancer de l'utérus gravide.

Si le carcinome affecte la forme végétante, on fera bien d'exciser les masses cancéreuses avec les ciseaux et le bistouri et

de cautériser la plaie ainsi obtenue à l'aide du thermo-cautère de Paquelin ou tout au moins de la désinfecter par l'application de caustiques énergiques.

Il va sans dire que la désinfection préliminaire du col et du vagin doit être pratiquée avec un soin tout spécial.

S'il s'agit d'un cancer *du corps de l'utérus*, la désinfection devra naturellement s'étendre à la cavité utérine (voir chapitre V, C.) Cette désinfection est fort difficile, et il arrive que malgré les précautions les plus rigoureuses, des matières fétides s'échappent hors du col, au moment où l'utérus est abaissé pendant l'opération. Dans plusieurs cas de pyomètre très accentuée à la suite de carcinome du col, j'ai cherché à prévenir l'issue des matières purulentes pendant l'opération, en fermant le canal cervical à l'aide d'un fil de soie.

Au cours de l'opération, je répète à différentes reprises la désinfection du champ opératoire : c'est ainsi que je pratique une irrigation abondante à l'eau phéniquée lorsque le tissu cellulaire pelvien est largement ouvert de tous côtés et une dernière irrigation avant la suture du péritoine.

L'étroitesse et la rigidité du vagin rendent parfois l'opération très difficile. Il faudra alors, ainsi que je l'ai fait plusieurs fois, sectionner le périnée et *inciser* au besoin le canal vaginal dans toute sa longueur, d'un seul ou des deux côtés. L'incision de la muqueuse est suffisante, car le tissu conjonctif paravaginal cède et se distend avec la plus grande facilité.

Manuel opératoire. — La malade occupe le décubitus dorsal ou la position employée pour la taille périnéale. On découvre le col à l'aide du spéculum de SIMON, puis on le saisit et on l'attire en bas avec une seule grande ou plusieurs petites pinces de Muzeux. Plus l'abaissement du col est prononcé et plus l'opération devient facile.

Dans le cas de cancer *du corps* de l'utérus lorsque le col

est intact, cet abaissement est très facile, mais il est fort malaisé lorsque le carcinome du col s'est développé en forme de chou-fleur. L'opération proprement dite sera pratiquée de la façon suivante : on commence par faire à l'endroit le mieux accessible, d'ordinaire dans le cul-de-sac antérieur, et à 1 1/2 à 2 centimètres de distance du néoplasme, une incision traversant toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale ; on prolonge cette incision tout autour du col en ayant soin de mettre à nu les culs-de-sac latéraux au moyen d'écarteurs larges et courts (fig. 9).

L'hémorragie occasionnée par cette incision est d'ordinaire fort modérée ; si des artères vaginales donnent du sang on les saisira provisoirement dans de longues pinces hémostatiques ou on en pratiquera la ligature dans la continuité des tissus. Cela fait, on attire le col aussi fortement que possible en bas au moyen des pinces de Muzeux qui l'accrochent, et à l'aide des doigts de l'autre main restée libre on détache le col du tissu conjonctif environnant. La vessie gêne parfois ce décollement en avant ; aussi me paraît-il préférable de libérer d'abord le col sur les côtés pour mieux reconnaître la vessie, que l'on détache en tenant constamment les doigts ou les instruments dirigés vers le col. Si le doigt rencontre des brides fibreuses très résistantes, on les coupera à l'aide de ciseaux.

L'énucléation du col est généralement facile en *avant* et en *arrière*. Certains carcinomes de la muqueuse cervicale à forme ulcéreuse progressive envahissent graduellement toute l'épaisseur du col jusque dans les couches les plus externes de cet organe ; il arrive alors qu'en voulant décoller la vessie en avant, on déchire la paroi cervicale antérieure. Dans ce cas, il est prudent de remettre le décollement de la vessie jusqu'à la fin de l'opération, et il faudra prendre les plus grandes précautions pour éviter de blesser les uretères.

Cet accident m'est arrivé une fois dans les circonstances

suivantes : j'avais remis le décollement de la vessie jusqu'à la fin de l'opération, et comme je savais que dans les conditions ordinaires les uretères se retirent vers l'intérieur de l'abdomen au moment où la vessie est repoussée en haut, je ne songeais plus à la possibilité de blesser ces organes, et c'est ainsi qu'en détachant prudemment la vessie à l'aide du bistouri, je coupai un des uretères. Malgré cet accident, la convalescence fut normale, mais il persista une fistule urétero-vaginale. Un an et demi plus tard, je tentai de fermer cette fistule, mais l'opération ne fut pas suivie de succès.

Lorsque le col est libéré très haut en avant et en arrière de ses attaches avec le tissu conjonctif, et qu'on refoule la muqueuse vaginale sur les côtés, on sent parfaitement, à l'aide du doigt introduit au fond des culs-de-sac latéraux, la partie inférieure des ligaments larges par où pénètrent les vaisseaux volumineux de la circulation utérine. Pour lier la base du ligament large, on se servira de l'aiguille de DESCHAMPS (fig. 123) qu'on introduit d'avant en arrière sur le doigt comme guide. On réussit le plus souvent à exposer convenablement à la vue les tissus qu'il faut lier en attirant fortement le col d'un côté et en repoussant les parois vaginales au moyen des valves et des écarteurs de SIMON. Pour attirer le fil hors du chas dont l'aiguille de DESCHAMPS est percée à son extrémité, je me sers d'un petit crochet mousse.

Si l'étroitesse du vagin empêche de découvrir convenablement le champ opératoire, ou si vers la fin de l'opération les ligatures doivent être placées sur les parties supérieures du ligament large, le secours de la vue fait évidemment défaut et il faudra s'en rapporter entièrement, pour lier les tissus, aux sensations fournies par le doigt. Le fil étant lié, on tranche les tissus du côté du col au moyen de ciseaux, puis on pose une seconde ligature plus haut. A chaque coup de ciseaux, le col devient plus mobile et se laisse attirer davantage. Quand l'utérus a été détaché aussi haut que possible

d'un côté, il faut le libérer de l'autre pour qu'il puisse descendre régulièrement dans le vagin.

En attirant l'utérus en bas, on sent fréquemment les liga-

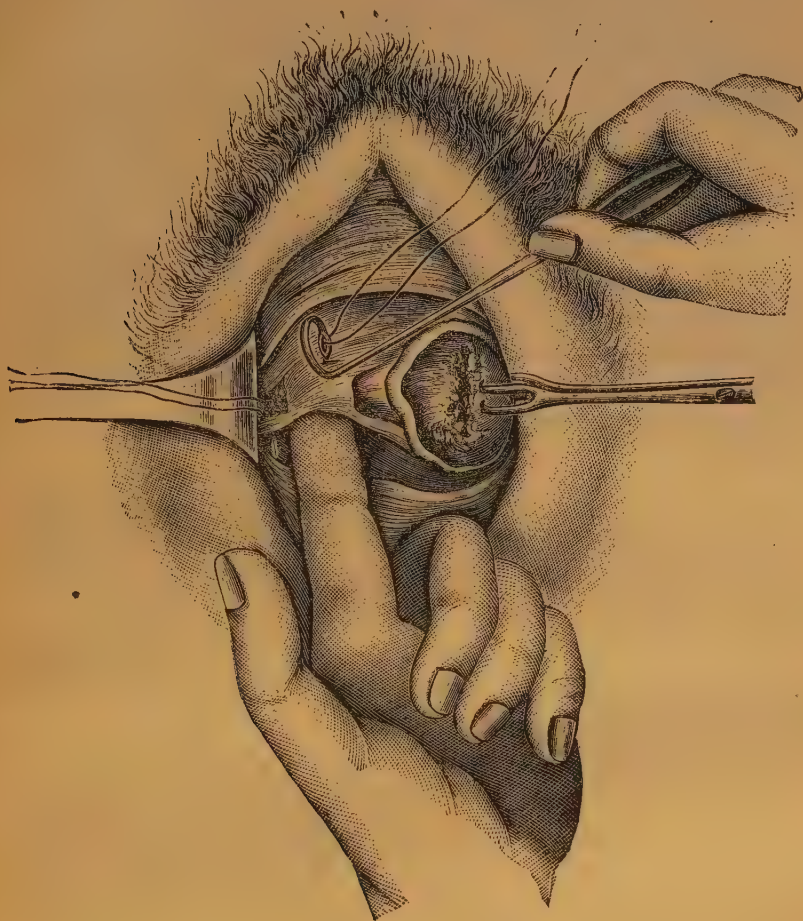


Fig. 123. — Ligatures appliquées à la base du ligament large.

ments recto-utérins se tendre en arrière et mettre obstacle à l'abaissement de l'organe. Il est facile de les lier et de les sectionner. On ouvre alors d'ordinaire le cul-de-sac de Dou-

glas. En exerçant des tractions fortes et continues sur l'utérus, on arrive ainsi de plus en plus haut.

A ce moment de l'opération, un certain nombre de chirurgiens attirent l'utérus en rétroflexion artificielle à travers l'incision faite au cul-de-sac de Douglas, dans le but de rendre accessible à la vue et aux instruments la partie supérieure des ligaments larges avec les annexes. C'est aussi la méthode que SCHROEDER employait au début. Si l'utérus n'est pas augmenté de volume et si le vagin est très large, cette manœuvre ne présente pas de bien grandes difficultés; mais il n'en est plus de même quand l'utérus est *volumineux* et résistant, et que le vagin, déjà rigide à la suite de l'infiltration des tissus ambiants, est obstrué par un col volumineux.

A. MARTIN conseille de faire basculer le corps de l'utérus en arrière au moyen d'un instrument spécial fortement recourbé et de faire glisser le fond de l'utérus dans la gouttière d'une valve de spéculum. Le procédé de MARTIN ne facilite pas beaucoup l'extraction de l'utérus en rétroflexion. Du reste, cette manœuvre provoque nécessairement une torsion des parties moyennes du ligament large, laquelle met obstacle à l'application de ligatures solides autour de ces parties.

Cette considération m'a déterminé à faire la ligature des ligaments larges *in situ*, c'est-à-dire sans changer la forme et la situation de l'utérus, mais en ayant soin d'attirer cet organe aussi bas que possible. C'est du reste la méthode employée par SCHROEDER dans ces dernières années. Si les conditions anatomiques sont favorables, on parvient, après avoir lié la base des ligaments larges, à abaisser suffisamment la matrice pour faire descendre jusqu'à la vulve le segment supérieur de ces ligaments et pour les lier avec la plus grande facilité.

Dans certains cas, surtout lorsque l'utérus est volumineux, ce mouvement de descente est très difficile à effectuer; il faudra lier et sectionner les ligaments larges, surtout à

leur partie supérieure, en se guidant exclusivement sur les sensations fournies par le toucher. On passera le doigt derrière le ligament large et on le traversera d'avant en arrière avec une aiguille de DESCHAMPS. Après avoir noué les fils, on sectionne les parties liées tout près de l'utérus et on continue de cette manière jusqu'à ce qu'on ait saisi, dans une dernière ligature, les trompes et les ligaments des ovaires. Quand la section est achevée d'un côté, l'utérus s'échappe ordinairement hors de la vulve, n'étant plus attaché alors qu'à la partie supérieure des annexes du côté opposé.

Pour fermer la cavité péritonéale et empêcher la sortie de l'épiploon et des intestins, on glisse dans la plaie béante du péritoine une éponge désinfectée munie d'un fil. Cela fait, il est facile de lier et de sectionner ce qui reste des annexes utérines.

Une fois l'utérus enlevé, on applique les valves les plus larges du spéculum de SIMON pour exposer à la vue la cavité de la plaie, et on tire doucement sur les fils des ligatures pour inspecter les moignons des ligaments larges et voir s'il y a encore des points qui donnent du sang. S'il en est ainsi, on saisit les tissus qui saignent dans de longues pinces à force-presse et on en pratique la ligature immédiate ou médiate. Si, comme il arrive souvent, les trompes et les ovaires affectent une grande tendance au *prolapsus*, on les attirera au moyen de pinces de Muzeux, et on en fera la ligature et l'excision.

Si on est décidé à enlever les ovaires dans tous les cas, il faudra les chercher au fond de la plaie pour les attirer et les couper ; c'est là la meilleure conduite à suivre chez les femmes qui sont encore dans la période d'activité sexuelle, attendu que si on laisse ces organes en place, il peut survenir après l'opération des *accidents dysménorrhéiques* fort pénibles.

Avant de terminer l'opération, on aura soin de laver la

plaie du tissu conjonctif pelvien avec une solution désinfectante énergique.

On peut alors se comporter de plusieurs façons. Un certain nombre d'opérateurs ont recours à l'application d'un *drain* pour obturer ensuite complètement par la suture la plaie du péritoine et du vagin. MARTIN introduit un drain, mais sans fermer la plaie. Pendant un certain temps, j'ai eu également recours à ce procédé. D'autres opérateurs laissent la plaie largement ouverte ; ils se bornent à remplir plus ou moins le canal vaginal avec de la gaze iodoformée, après avoir introduit un tampon de cette gaze très haut jusque contre ou même entre les anses intestinales (FRITSCH, LEOPOLD, KUESTER, SCHRÖDER dans ces dernières années). Ces auteurs croient pouvoir assurer ainsi d'une manière efficace l'écoulement des sécrétions accumulées au fond de la plaie, et ils sont d'avis que l'ouverture large du péritoine ne met pas obstacle à la guérison.

Les autres partent de cette idée que les parties inférieures du péritoine ne fournissent pas une quantité suffisamment abondante de sécrétions pour rendre dangereuse la suture de la séreuse, et ils ont recours à cette suture pour prévenir le prolapsus des intestins ; quant à la plaie du tissu conjonctif, ils trouvent qu'il vaut mieux la laisser ouverte pour éviter toute accumulation des sécrétions à son intérieur (STAUDE, SCHEDE, KALTENBACH, TAUFFER).

C'est à cette dernière méthode que j'ai eu recours dans mes 35 derniers cas d'hystérectomie vaginale. J'ai cru remarquer dans plusieurs circonstances que la guérison de la plaie est beaucoup plus *lente* quand on la laisse largement ouverte. Dans une de mes observations, la chute d'une anse intestinale et dans un autre cas le prolapsus de la vessie retardèrent très sérieusement la guérison.

Si on abandonne à elle-même la muqueuse sectionnée du vagin, cette muqueuse, en se rétractant, *tiraille* inutilement

la plaie du tissu cellulaire pelvien. Pour ma part, j'ai recours au procédé suivant : après avoir attiré doucement en bas les moignons des ligaments larges, je passe une suture profonde à travers la paroi vaginale antérieure, puis à travers la partie supérieure du ligament large et à travers la paroi postérieure du vagin pour fixer les moignons des ligaments larges dans la plaie et rétrécir celle-ci d'une manière notable ; au milieu de la plaie, j'introduis de la même manière une suture qui saisit la paroi antérieure du vagin, le péritoine en avant et en arrière et la paroi vaginale postérieure ; puis je noue les fils de ces ligatures après avoir retiré l'éponge. Grâce à cette méthode, la cavité péritonéale est étroitement obturée et les plaies du vagin sont adossées ; cependant les sécrétions de la plaie du tissu conjonctif pelvien peuvent s'écouler librement vers l'extérieur, attendu qu'à ses deux extrémités, là où se trouvent les moignons des ligaments, la plaie vaginale reste largement ouverte. On saupoudre la plaie avec de l'iodoforme et on introduit un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Résultats. — Toutes les méthodes que nous venons de décrire peuvent donner de fort bons résultats, ce qui prouve que l'observance des règles de l'antisepsie a beaucoup plus d'importance que les modifications qui ont été apportées au manuel opératoire de l'hystérectomie. Cela étant, on donnera évidemment la préférence à la méthode la plus simple et la plus facile. J'ai vu employer et j'ai employé moi-même la méthode que je viens de décrire, dans les cas les plus difficiles qu'il soit possible d'imaginer, et les résultats qu'elle a fournis ne seront, je pense, surpassés par ceux d'aucun autre procédé. L'important dans l'hystérectomie est de prendre des soins antiseptiques rigoureux, de bien découvrir le champ opératoire et de bien lier les tissus paramétriques.

Que l'on ouvre le cul-de-sac vaginal d'abord en avant, en arrière ou sur les côtés, que l'on fasse basculer l'utérus en

antéflexion ou en rétroflexion, que l'on se serve pour le saisir d'un instrument spécial ou d'un simple crochet, que l'on fasse ou non la suture du péritoine, tout cela ne semble pas exercer une bien grande influence sur les résultats de l'opération. Chaque opérateur emploie la méthode qui lui paraît la plus facile et la plus sûre et tous obtiennent de bons résultats.

Citons quelques exemples pour prouver que la méthode que nous préconisons est applicable aux cas les plus difficiles : j'ai opéré deux cas d'hystérectomie vaginale compliqués de pyomètre à la suite de cancer du col et l'une de ces deux matrices avait encore, après plusieurs mois de séjour dans l'alcool, une circonférence de 25 centimètres ; j'ai en outre enlevé par le vagin un utérus sarcomateux, présentant quelques fibromes interstitiels, et ayant le volume d'une tête d'enfant. Malgré quelques difficultés opératoires, je parvins à terminer l'opération sans encombre dans ces divers cas, et dans tous l'issue fut des plus heureuses. J'ai vu aussi SCHRÖEDER enlever avec succès un utérus sarcomateux de la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

Bien que l'issue définitive de l'hystérectomie ne semble pas dépendre de telle ou telle modification dans le manuel opératoire, il faut cependant s'efforcer de simplifier autant que possible l'opération. Le procédé de décortication sous-péritonéale de l'utérus imaginé d'abord par LANGENBECK et ressuscité depuis n'est qu'un *tour de force chirurgical* qui me paraît devoir être définitivement abandonné. Par contre, l'emploi des pinces à forcipressure, imaginées par RICHELOT et employées par les opérateurs français pour saisir les ligaments larges, me paraît devoir abréger beaucoup ce temps de l'opération (1). Ce procédé consiste à placer une longue pince sur les ligaments larges de chaque côté de l'utérus et à les couper ensuite au ras de l'organe. On laisse ces pinces en place pen-

(1) RICHELOT. Sur un cas d'hystérectomie vaginale. *Union médicale*, 1886.

dant 48 heures. P. MUELLER a employé cinq fois cette méthode avec succès (1).

Traitement consécutif. — Le traitement consécutif est avant tout expectant. L'opérée gardera le repos absolu dans le décubitus dorsal pendant une semaine. Elle tâchera d'uriner spontanément ; si cela n'est pas possible, on pratiquera le cathétérisme à des intervalles peu éloignés pour éviter que la distension excessive de la vessie ne tire la plaie du vagin.

On ne permettra à l'opérée que des aliments liquides, de digestion facile, et on videra l'intestin du cinquième au septième jour, par l'administration d'un laxatif léger. Nous avons laissé les tampons de gaze iodoformée en place jusqu'au huitième ou dixième jour ; s'ils sont expulsés avant cette époque, on se bornera à pratiquer quelques irrigations vaginales de propreté. Nous n'essayons pas d'enlever les fils avant le douzième au quatorzième jour, et même à ce moment nous n'extrayons que ceux qui se laissent détacher facilement. A vouloir enlever les fils à tout prix, on risque de tirer et de rouvrir des plaies à peine cicatrisées, alors qu'après quelques semaines de patience, on parvient à les détacher avec la plus grande facilité.

Les moignons des ligaments larges saisis par les ligatures se détachent sous forme d'eschares, d'ordinaire après quelques jours de suppuration. La guérison de la plaie n'est définitive qu'au bout de trois à quatre semaines ; elle tarde plus longtemps encore, si on ne pratique pas la suture du vagin.

Lorsque la guérison est complète, on trouve le fond du vagin fermé par une cicatrice linéaire, souvent un peu enfoncée sur les bords à la suite des tractions exercées par les moignons des ligaments larges. On trouve fréquemment, aux extrémités de cette cicatrice de petites plaies bourgeonnantes, qui persistent longtemps et sur lesquelles il faudra appliquer

(1) *Centralbl. f. Gyn.* 1887. n° 12.

des caustiques pour obtenir une cicatrice résistante. Plus d'une fois il m'est arrivé de trouver encore après des mois et des années, aux angles de la cicatrice, de petites végétations polypeuses, en forme de crêtes de coq, saignant facilement. Craignant une récurrence, j'ai eu soin de les faire examiner au microscope par C. RUGE : elles étaient formées par la muqueuse tubaire en voie de prolifération.

L'opérée se lève généralement du douzième au quatorzième jour. Si on a eu recours au drainage de la plaie péritonéale, on retirera le drain du cinquième au sixième jour. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, quand l'opérée a de la fièvre ou qu'il survient des signes quelconques d'infection, que je conseillerais d'explorer la plaie du fond du vagin et de l'ouvrir au besoin pour donner issue aux sécrétions accumulées au-dessus de la cicatrice. Mais si l'infection s'est déjà étendue au tissu conjonctif pelvien, ou au péritoine, cela n'aide malheureusement pas à grand'chose.

A moins de complications intercurrentes, la convalescence est généralement très rapide. Ainsi que l'avait déjà observé SCHRÖDER à la suite de ses premières hystérectomies vaginales, pratiquées avec succès, ces opérées présentent tout à fait l'apparence d'accouchées bien portantes et leur convalescence est tout aussi rapide et facile (1).

Statistiques. — En ce qui concerne les résultats de l'opération, il faut établir une différence fondamentale entre les résultats *immédiats* et les résultats *définitifs*. Rigoureusement parlant, l'étude des résultats définitifs à la suite de l'hystérectomie vaginale appartient plutôt aux traités de gynécologie spéciale, où cette question devrait être traitée dans un chapitre consacré à la *curabilité du cancer utérin* ; si j'en occupe ici brièvement, c'est parce que l'hystérectomie vaginale ne

(1) SCHRÖDER. Ueber die theilweise und vollständige Ausschneidung der carcinomatösen Gebärmutter. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd VI, p. 229.

mérite la vogue qu'elle a obtenue en ces derniers temps qu'à raison des succès éloignés qu'elle a pu fournir.

Les résultats immédiats de l'hystérectomie totale par le vagin dénotent, dans le traitement antiseptique des plaies et dans le manuel opératoire, un progrès qui n'a peut-être été réalisé pour aucune autre opération.

Il est vrai que ce qui arrive pour toutes les grandes opérations a eu lieu aussi pour l'extirpation complète de la matrice par la voie vaginale, à savoir que les chirurgiens qui ont eu l'occasion de pratiquer un grand nombre d'hystérectomies et de *s'exercer* à la technique de cette opération, ont obtenu de plus beaux résultats que ceux qui ne font qu'une hystérectomie de temps à autre. Aussi les chiffres qui vont suivre ne fournissent-ils pas une idée exacte des résultats généraux de l'hystérectomie, mais ils montrent à quoi on peut arriver à l'aide de connaissances exactes du manuel opératoire. Ils démontrent aussi les progrès extraordinaires qui ont été faits au point de vue des résultats obtenus.

En 1883, SAENGER (1) signalait 133 hystérectomies vaginales avec une mortalité de 28, 6 p. 100; deux années plus tard, à la fin de 1885, la statistique de KALTENBACH (2) comprenait 257 opérations avec une léthalité de 23 p. 100 seulement. Dans une conférence faite au Congrès international de médecine à Washington, MARTIN (3) citait 311 opérations d'hystérectomie, pratiquées par six opérateurs différents, avec 15, 1 p. 100 d'insuccès seulement.

Les chiffres que je vais donner sont empruntés à ces dernières années, car je tiens avant tout à faire connaître les résultats que l'hystérectomie vaginale est à même de donner aujourd'hui. Encore dois-je faire observer que les statistiques empruntées à MARTIN et à SCHRÖDER sont entachées des

(1) *Arch. f. Gyn.* Bd 21.

(2) *Gynécologie opératoire*, trad. franç. Paris, 1885.

(3) *Amer. Journ. of. Obst.* Bd XX, p. 1109.

insuccès inséparables des débuts de toute grande opération. Les statistiques qui vont suivre se rapportent exclusivement à des hystérectomies vaginales pratiquées pour *cancer de l'utérus*.

	OPÉRATIONS	MORTALITÉ
MARTIN (1)	66	11
FRITSCH (2).....	63	7
LEOPOLD (3).....	44	3
BRENNECKE (4).....	17	—
STAUDE (5).....	19	—
KLOTZ (6).....	17	—
KALTENBACH (7).....	8	—
SCHROEDER (8).....	60	12
HOFMEIER	42	4
Total.....	336	37

Malgré ces magnifiques résultats, il est arrivé à plus d'un opérateur, à moi entr'autres, d'avoir à déplorer, après des séries de 30 opérations couronnées de succès, un ou plusieurs cas de mort ; et ces échecs ont été d'autant plus pénibles qu'ils n'ont pas toujours succédé aux opérations les plus compliquées. Ces accidents démontrent jusqu'à l'évidence que, malgré les immenses progrès qui ont été réalisés, l'ablation totale de l'utérus par le vagin expose au danger de

(1) *Berl. klin. Wochenschr.*, 1887, n° 5.

(2) *Arch. f. Gyn.* Bd. 29.

(3) *Arch. f. Gyn.* Bd. 30.

(4) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. 12.

(5) *Deutsche med. Wochenschr.* 1886, n° 25.

(6) *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, n° 2.

(7) *Gynécologie opératoire*, p. 450, trad. franç. Paris 1885.

(8) Ce chiffre renferme, si je ne me trompe, huit opérations pratiquées par des assistants (MERICKE, WINTER, REICHEL, COHN, BENCKISER). Parmi mes 42 opérations, 37 ont été pratiquées à la Clinique gynécologique de Berlin, ce qui fait avec les cas de SCHROEDER, 97 opérations pratiquées pour cancer avec 16 insuccès, jusqu'au 1^{er} mars 1887.

336 hystérectomies n'ont donné par conséquent que 37 morts : à peine 11 p. 100 ! A en juger d'après les communications assez peu nombreuses qui ont été publiées sur l'hystérectomie pratiquée pour d'autres maladies que pour le cancer du col, les résultats obtenus seraient encore meilleurs que ceux que nous venons de citer.

toute laparotomie, c'est-à-dire de toute ouverture de la cavité péritonéale.

La conclusion à tirer de ce fait est qu'il ne faut recourir à l'hystérectomie totale que dans les cas d'absolue nécessité. L'honneur des perfectionnements apportés à la technique de cette opération et de l'amélioration des résultats qu'elle permet d'obtenir, revient pour la plus grande part aux efforts persévérants des gynécologues et des chirurgiens allemands.

Les *résultats définitifs* de l'hystérectomie vaginale sont loin d'être aussi brillants ; mais cela tient, non pas à l'opération, mais à la nature de la maladie qui la nécessite le plus souvent. De récentes communications donnent lieu d'espérer que les perfectionnements apportés dans le diagnostic du cancer de l'utérus au début contribueront à grossir le nombre des succès définitifs. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas par unités, mais par dizaines que se chiffrent déjà les guérisons permanentes obtenues par l'extirpation totale de l'utérus (1).

La statistique, publiée déjà à différentes reprises, des opérations pratiquées à la clinique de SCHRÖDER pour cancer de la matrice (2) prouve, à mon avis, que dans la plupart des cas opérables l'amputation supra-vaginale du col selon la méthode de SCHRÖDER est parfaitement suffisante. L'avenir nous apprendra si l'hystérectomie totale, pratiquée dans tous les cas indistinctement, procure de meilleurs résultats que l'extirpation partielle préconisée par SCHRÖDER. Les résultats définitifs dus à cette dernière méthode opératoire (parmi les malades qui avaient survécu à l'opération, 42 p. 100 étaient encore en vie après trois ans, 41, 3 p. 100 vivaient encore après quatre ans) n'ont pas été surpassés ni même atteints jusqu'à ce jour, à en juger d'après les publications de MARTIN, FRITSCH et LEOPOLD.

(1) Voir les articles publiés par MARTIN, FRITSCH et LEOPOLD.

(2) Voir *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIII. De la cure radicale du cancer du col de l'utérus.

Ces observations ne contredisent en rien la haute valeur de l'hystérectomie totale par le vagin ; car en tout état de cause, cette dernière intervention permet d'obtenir des guérisons *complètes* dans des cas réputés jusqu'ici *incurables*, et elle procure à tout le moins, dans la plupart des cas, aux malades, un état de santé satisfaisant pendant des mois et même des années.

Je tiens à faire remarquer que parmi les facteurs qui interviennent dans la cure radicale du carcinome de l'utérus, il faut compter non seulement la méthode opératoire employée, mais aussi et surtout la variété et la forme du néoplasme. Les cancers qui se prêtent le mieux à la guérison opératoire définitive sont, outre le cancer du col à son début, le carcinome de la muqueuse cervicale et le cancer du corps de l'utérus, toutes variétés qui réclament l'extirpation totale de l'organe par le vagin (voir à ce sujet les données de STAUDE et MARTIN).

Les *principales difficultés* de l'hystérectomie résultent de l'étroitesse et de la rigidité du vagin, du volume de l'utérus et de l'hémorragie au moment de l'opération. Il peut arriver d'autre part que l'on blesse la vessie et les uretères. Une exploration minutieuse avec le secours de l'anesthésie permet de prévoir ces complications et de modifier en conséquence le plan de l'opération.

L'étroitesse du vagin et la résistance du périnée sont faciles à vaincre par l'incision de la muqueuse vaginale. Le volume de l'utérus constitue parfois un obstacle très sérieux mais non insurmontable. C'est ainsi que SCHRÖDER a pu enlever par le vagin un utérus sarcomateux de la grosseur de deux poings ; je suis parvenu également à extirper un utérus du même volume, puis une autre matrice grosse comme le poing (pyomètre) et un utérus gravide à dix semaines. Toutes ces opérations ont été faites sans accidents et ont été suivies d'une convalescence régulière.

Un accident fort désagréable consiste en ce que le col est parfois détruit par ulcération ; les pinces qui doivent l'accrocher dérapent en déchirant les tissus et il est par là-même impossible d'abaisser convenablement la matrice. Il faudra alors, avant de saisir le col, s'efforcer de décoller l'organe aussi haut que possible pour pouvoir le saisir et l'accrocher au moyen des pinces de Muzeux. L'exploration la plus minutieuse ne permet pas toujours de prévoir cet accident, attendu qu'il est le plus souvent impossible de juger de l'étendue de la dégénérescence cancéreuse. Dans ces conditions, le décollement de la vessie est parfois fort malaisé ; on fera bien alors de remettre ce temps de l'opération jusqu'à la fin et de détacher la vessie par en haut. Ce décollement se fera avec les plus grandes précautions, si on veut éviter de déchirer la vessie et de blesser les uretères.

SCHRÖDER a blessé ainsi deux fois la vessie et moi une fois l'uretère. Malgré cet accident et malgré l'étendue de la destruction cancéreuse, les deux opérées de SCHRÖDER restèrent longtemps en bonne santé : chez l'une de ces malades, la récurrence ne survint qu'après une année et demie ; l'autre était encore bien portante après deux années environ, après quoi je ne l'ai plus revue. Quant à mon opérée, elle n'avait pas encore de récurrence six mois après l'opération.

Si on a soin de lier au fur et à mesure les tissus avant de les couper, l'hystérectomie vaginale ne sera qu'exceptionnellement troublée par des *hémorragies graves*. Cet accident peut toutefois se présenter, et il peut même être fort malaisé de découvrir le point qui donne du sang. Il faudra alors étaler la plaie aussi largement que possible au moyen de grands spéculums de SIMON et attirer doucement les moignons des ligaments larges pour pouvoir explorer la plaie dans toutes ses parties. On saisira les tissus dans de longues pinces à forcipressure et on les attirera énergiquement en bas pour chercher à découvrir les points qui donnent du sang. Si on

parvient à trouver l'endroit qui saigne, on arrêtera l'hémorragie par la ligature médiate dans la continuité des tissus. Au besoin, on laissera les pinces hémostatiques en place pendant quatre à cinq jours, en ayant soin de les envelopper de gaze iodoformée.

C'est à ce dernier expédient que j'ai dû recourir dans l'observation suivante. Après une hystérectomie très rapide et très facile, je cherchais à fixer dans la plaie du vagin le moignon du ligament large droit et je piquai un vaisseau qui donna beaucoup de sang. Je m'efforçai vainement d'arrêter l'hémorragie par la ligature médiate et je fus forcé, après bien des efforts inutiles, de laisser plusieurs pinces hémostatiques à demeure. Elles se détachèrent le 13^e jour, mais en même temps il se déclara une fistule vésicale que je ne parvins à guérir définitivement qu'après deux tentatives infructueuses.

Si le cancer s'étend fort loin sur les côtés, comme il arrive pour l'épithélioma de la surface externe du col qui tend à envahir et à ulcérer le tissu cervical dans toute son épaisseur, il peut devenir impossible de libérer le col du tissu conjonctif pelvien, à moins d'opérer dans des tissus suspects. Si on réussit à découvrir à temps ces altérations morbides, on agira sagement en renonçant à l'opération ; si on est arrivé trop loin pour pouvoir encore s'arrêter, on tâchera de terminer l'opération le mieux possible, mais alors la récurrence suit de près l'opération.

C'est ainsi qu'il m'est arrivé, en extirpant une tumeur cancéreuse en apparence nettement pédiculée dans le vagin, d'ouvrir le péritoine et de voir survenir une forte hémorragie. Je fus par là-même obligé de continuer l'opération pour ne pas perdre ma malade par hémorragie. L'opération marcha du reste fort bien et la convalescence fut normale, mais au moment où la malade quittait l'établissement, il y avait déjà récurrence dans la cicatrice.

L'hystérectomie vaginale n'a été que rarement pratiquée

pour d'autres affections que le cancer de l'utérus. MARTIN l'a pratiquée un assez grand nombre de fois pour obvier à des hémorragies indépendantes de toute altération de mauvaise nature. Il est clair que les métrorragies s'arrêtent à la suite de l'opération, mais les observations publiées jusqu'à ce jour ne nous disent pas si tous les autres troubles de la santé ont disparu en même temps.

L'hystérectomie vaginale a été pratiquée également dans le cas de *prolapsus complet de l'utérus*; mais les renseignements nous manquent au sujet de l'état définitif des opérées. LEOPOLD (1) a donné récemment quelques détails sur le sort de quatre opérées de cette catégorie; il résulte de cette communication qu'aucune de ces malades n'a été définitivement guérie par l'opération, et que la cure radicale et complète n'a pas même pu être obtenue par l'hystérectomie vaginale combinée à la colporrhaphie antérieure ou postérieure! Ainsi se trouvent pleinement confirmées les objections que j'ai cru devoir émettre au sujet de la valeur des opérations de cette espèce.

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. 30.

CHAPITRE XIII

OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LE CAS DE CHANGEMENTS DE POSITION DE L'UTÉRUS

§ 18. — Opération d'Alexander.

Parmi les opérations destinées à guérir les changements de position de l'utérus, il faut ranger la plupart de celles que nous avons décrites précédemment (§ 6) à propos du prolapsus du vagin. Les méthodes opératoires dont il nous reste à parler sont destinées plus particulièrement à obvier au *relâchement des attaches péritonéales* de l'utérus. Parmi ces procédés, les uns ont pour but de fixer l'utérus à la paroi abdominale antérieure ; les autres visent à rapprocher l'utérus de la paroi antérieure du ventre par le raccourcissement des ligaments ronds.

La première méthode présuppose la laparotomie comme opération préparatoire ; on peut alors pratiquer l'amputation supra-vaginale de l'utérus de la manière que nous avons indiquée précédemment et suturer le pédicule dans la plaie abdominale (1) ; ou bien, sans toucher à l'utérus, on réunit par la suture les annexes de chaque côté avec la paroi abdominale antérieure, pour provoquer l'inflammation adhésive des surfaces péritonéales adossées et fixer ainsi la matrice à la paroi antérieure de l'abdomen.

(1) P. MUELLER, *loc. cit.*

Cette première façon de faire ne paraît avoir été mise en pratique que par celui qui l'a imaginée ; mais la seconde a été employée souvent après des laparotomies pratiquées dans le but de guérir d'autres affections. Cependant OLSHAUSEN (1) a eu plusieurs fois recours à la *ventro-fixation* dans le but prémédité de faire disparaître à la fois le changement de position de la matrice et les symptômes occasionnés par cette affection : il suture les bords latéraux de l'utérus à la paroi abdominale antérieure par du crin de Florence. SAENGER (2) a fait récemment sur ce sujet des communications détaillées.

L'opération proposée en 1884 par ALEXANDER (3), et consistant à raccourcir les ligaments ronds a été fréquemment pratiquée en Angleterre, en Amérique et en France, tandis qu'elle a été désapprouvée en principe par la plupart des chirurgiens allemands.

La méthode d'ALEXANDER consiste à sectionner la peau et les couches sous-cutanées au niveau de l'orifice inguinal externe pour aller à la recherche des extrémités des ligaments ronds. On attire ces ligaments sur une étendue de 2 à 4 centimètres, on les excise et on suture les moignons avec les tissus ambiants. Dans une récente communication, ALEXANDER a conseillé d'attacher les bouts des ligaments ronds aux deux piliers de l'ouverture inguinale externe et de fermer ensuite solidement cet orifice par la suture. Les malades doivent garder le lit pendant environ trois semaines.

(1) OLSHAUSEN, Ueber ventrale Operationen bei Prolapsus und Retroversio Uteri. *Centralbl. f. Gyn.* 1886, n° 43.

Consulter également la monographie de LEOPOLD, de Dresde, qui a paru depuis la publication du livre de HOFMEIER, dans *Volkmann's klin. Vortr.* n° 333 : Ueber die Annäherung der retroflectirten aufgerichteten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand (N. du T.).

(2) SAENGER. *Centralb. f. Gynæk.* 1888, nos 2 et 4.

(3) W. ALEXANDER, *The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus uteri by the new methode of shortening the round ligaments.* London, 1883.

Indications. — Cette opération paraît indiquée contre les changements de position de l'utérus compliqués de symptômes graves, lorsque les moyens de traitement plus simples sont demeurés sans résultats (1). Elle a été maintes fois pratiquée et aussi combinée avec des opérations plastiques à l'entrée du vagin ou dans le vagin, dans le cas de prolapsus complet de la matrice.

A en juger d'après les communications qui ont été publiées jusqu'à ce jour, les dangers de cette opération seraient presque nuls, mais en revanche ses résultats définitifs seraient un peu douteux. DOLÉRIS (2) a modifié l'opération d'ALEXANDER en ce sens qu'il ne raccourcit et ne fixe que l'un des ligaments ronds, pour permettre à la matrice de se distendre en toute liberté.

Un certain nombre d'opérateurs affirment que la recherche des ligaments ronds est souvent difficile et parfois même impossible. D'autre part, l'opération d'ALEXANDER a plus d'une fois donné lieu à des hernies inguinales, surtout dans les cas où la gaine péritonéale qui enveloppe le ligament rond pénètre à travers l'orifice inguinal interne. Beaucoup d'opérateurs insistent sur le traitement consécutif pour éviter de distendre prématurément la nouvelle cicatrice. Il faudra, après un repos au lit de plusieurs semaines, soutenir l'utérus par l'application d'un pessaire en caoutchouc, ou mieux encore, d'après DOLÉRIS, par l'introduction d'un tampon de gaze iodoformée.

Pronostic. — Le pronostic *quoad vitam* de l'opération d'ALEXANDER est presque toujours favorable ; quant à la ventro-fixation, elle expose à tous les dangers d'une laparotomie et même, si l'utérus est fixé par des adhérences solides,

(1) Traitement opératoire etc. *Nouvelles arch. d'obst. et de gyn.* 1886.

(2) Consulter BEURNIER. *Ligaments ronds de l'utérus* et MANRIQUE. *Opération d'Alexander*. G. Steinheil, éditeur. Paris, 1887.

aux dangers d'une laparotomie difficile. Comme le fait observer OLSHAUSEN, il faut des raisons spéciales et des symptômes graves pour justifier cette opération. Malheureusement on n'est pas tout à fait sûr, même si l'opération réussit bien, d'obtenir une guérison radicale avec cessation de tous les symptômes. Il nous est arrivé plus d'une fois, dans le cours de laparotomies pratiquées pour d'autres raisons, de fixer à la paroi abdominale antérieure l'utérus prolabé ou fléchi en arrière et de trouver encore après des années cet organe solidement attaché à la paroi antérieure du ventre ; ce qui n'empêche pas que dans un de ces cas nous ayons dû pratiquer une nouvelle opération pour parer à la chute de la paroi vaginale postérieure avec rectocèle qui s'était reproduite après l'opération.

Résultats. — D'après les communications qui ont été publiées jusqu'à ce jour, les résultats de l'opération d'ALEXANDER seraient fort variables. La statistique très étendue de HARRINGTON (1) signale 140 opérations, faites par 21 opérateurs différents, avec 3 morts. Dans la plupart des cas, l'issue définitive de l'opération était favorable ; dans quelques autres cas, il y a eu récurrence. GARDNER (2) mentionne 20 observations qui lui sont personnelles, toutes couronnées de succès, moyennant quelques opérations complémentaires dans un certain nombre de cas.

Le côté défectueux de cette opération est que les résultats immédiats et surtout les résultats définitifs sont douteux. Toutefois, dans les cas difficiles, elle mérite d'être prise en sérieuse considération.

(1) *Virchow-Hirsch's Jahresbericht* 1886, p. 625. et *The operation of shortening the round ligaments. Boston med. Journ.* 1886, avril.

(2) Voir *Centralbl. f. Gyn.* 1887, n° 17.

CHAPITRE XIV

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES TROMPES

§ 19. — Salpingotomie.

Les progrès accomplis dans l'étude et le diagnostic des affections *des trompes* sont dus en majeure partie à l'extension qu'a pris la laparotomie; et il y a à peine quelques années que nous possédons des notions précises sur les altérations morbides de ces organes et sur les indications opératoires auxquelles elles peuvent donner lieu (1). Les affections des trompes assez graves pour justifier l'intervention chirurgicale sont rarement isolées: il s'agit le plus souvent de catarrhes purulents compliqués d'inflammation du péritoine pelvien et des ovaires. Bien que les opérations pratiquées dans ces conditions ne se bornent jamais aux oviductes seuls, l'affection tubaire est cependant l'essentiel et le point de départ de tout le complexe morbide.

Indications. — Les indications des opérations pratiquées sur les trompes sont fournies :

(1) HUNTER, Pyosalpinx. *Amer. Jour. of Obst.* 1885. Octob. page 1086 et 88. — FROMMEL, Beitrag zur Histologie der Eileiter. *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn. in München*, 1886. — MARTIN, Ueber Tubenerkrankungen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIII. — SÆNGER, Etiology, Pathology and Classification of Salpingitis. *Amer. Journ. of Obst.* 1887, March.

1° Par les catarrhes purulents de ces organes avec péri-métrite récidivante : cette affection est le plus souvent d'origine gonorrhéique ou puerpérale ;

2° Par les accumulations à l'intérieur de ces conduits d'un liquide séreux (hydrosalpinx) ou purulent (pyosalpinx) ;

3° Par la grossesse tubaire (1) ;

4° Par la tuberculose des trompes, pourvu qu'il soit possible de la diagnostiquer comme telle. HEGAR a pratiqué avec succès cinq opérations de ce genre (2) ;

5° Dans certains cas rares, par des tumeurs des trompes.

Il existe presque constamment des *adhérences inflammatoires* dans le voisinage des trompes ; cependant elles peuvent faire défaut dans le cas d'hydrosalpinx, bien que l'occlusion de l'orifice abdominal de ces conduits soit toujours la suite de processus inflammatoires. J'ai pour ma part extirpé un hydrosalpinx bi-latéral, où les tumeurs formées par l'accumulation de liquide à l'intérieur des trompes étaient parfaitement libres. Dans deux autres cas, en pratiquant une laparotomie pour d'autres raisons, je trouvai l'extrémité abdominale des trompes très inflammée et sécrétant en assez grande abondance du pus dans le péritoine ; cependant il n'existait pas et il ne survint pas après l'opération d'adhérences inflammatoires tout autour du trajet de ces conduits. Mais en règle générale, et surtout dans le cas de pyosalpinx, les trompes sont fixées par des adhérences inflammatoires *très solides et très étendues*.

L'hydrosalpinx simple ne donne généralement pas lieu à des tumeurs fort volumineuses ; dans certains cas rares, ces tumeurs peuvent atteindre le volume d'une tête d'enfant et

(1) Je range la grossesse tubaire parmi les indications opératoires fournies par les maladies des trompes, parce qu'elle présente, du moins pendant les premiers mois, de nombreuses analogies avec les autres affections des trompes tant au point de vue opératoire qu'au point de vue du diagnostic.

(2) Voir WIEDOW, Die operative Behandlung der Genitaltuberculose, *Centralbl. f. Gyn.* 1885, n° 36. — HEGAR, *Die Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genitaltuberculose des Weibes*. Stuttgart, Enke, 1886.

j'en ai enlevé moi-même qui étaient grosses comme le poing. La paroi de la trompe est alors mince comme du papier ; l'oviducte, gêné dans sa distension à cause des connexions étroites de son bord inférieur avec le ligament large, se dispose en circonvolutions ; là où ces dernières s'infléchissent à angle aigu, la muqueuse repliée sur elle-même fait cloison dans la lumière du canal.

Si le catarrhe est *purulent*, la paroi de l'oviducte ne tarde pas à participer à l'inflammation : elle peut s'épaissir énormément par le dépôt de fausses membranes inflammatoires ; au moment de l'opération, on trouve alors, sur les côtés de la matrice, des cordons gros comme le doigt, durs, épais et rigides.

Dans l'hydrosalpinx comme dans le pyosalpinx, les accumulations de liquide sous la forme de poches se développent de préférence vers l'extrémité abdominale des trompes, tandis que le segment utérin de ces conduits ne présente pas d'altérations bien manifestes. Même dans les cas où l'accumulation de pus donne lieu à des poches très volumineuses, la paroi tubaire est encore très épaisse et hypertrophiée, et elle contracte des adhérences très résistantes avec les organes voisins. Les tumeurs tubaires, dans le cas de pyosalpinx, acquièrent rarement un volume considérable ; cependant elles peuvent avoir la grosseur du poing.

Dans la *tuberculose des trompes*, il se forme d'après HEGAR, des nodosités arrondies, un peu anguleuses, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette ; ces nodosités sont situées dans le segment utérin des oviductes, à proximité du bord de l'utérus. Elles sont constituées par des masses caséeuses qui occupent les parois de la trompe et font hernie vers l'intérieur du canal ; à côté de ces masses dures, il existe de petites tumeurs arrondies, fluctuantes, formées par l'accumulation de substances molles et liquides à l'intérieur des trompes.

C'est à J. VEIT (1) que nous devons des connaissances anatomiques exactes sur les premiers stades de la *grossesse tubaire* ; il nous a appris que les conditions opératoires de cette variété de grossesse restent pendant longtemps les mêmes que pour toute autre tumeur des oviductes et qu'au début de la grossesse tubaire la trompe, distendue par la présence de l'œuf, n'est pas fixée par de solides adhérences aux organes voisins. A une période plus avancée, cette forme de grossesse extra-utérine affecte des rapports que nous étudierons dans un chapitre exclusivement consacré à ce sujet.

Les *tumeurs primitives* des trompes sont rares ; on a signalé quelques cas de papillome (2), de carcinome (3) et de sarcome (4) ; ces tumeurs n'offrent rien de caractéristique.



Fig. 124. — Tumeur tubo-ovarique, d'après OLSHAUSEN.

Les *tumeurs* appelées *tubo-ovariques* méritent une mention spéciale (fig. 124 d'après OLSHAUSEN) : dans cette variété de tumeurs, la trompe plus ou moins dilatée se continue directement avec des kystes plus ou moins volumineux de l'ovaire. Ces tumeurs ne sont pas très rares. Il est probable qu'elles

(1) *Die Eileiterschwangerschaft*. Stuttgart, 1884.

(2) DORAN, Malformations of the Fallopian tube : *Transactions of the obst. Soc. of London* 1886, July.

(3) ORTHMANN, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIV, p. 232.

(4) GOTTSCHALK, *Gyn. Sect. d. 59. Naturforschervers. Arch. f. Gyn.*, Bd. 29.

se développent de la manière suivante : la trompe oblitérée par inflammation péricéritique contracte des adhérences avec la surface de l'ovaire ; il se forme des poches kystiques dans l'ovaire, et la cloison qui les sépare de la lumière de la trompe finit par se rompre et par établir une communication directe entre les deux cavités (1). Peut-être s'agit-il parfois d'une anomalie de conformation, consistant en ce que l'ouverture abdominale de la trompe embrasse une partie de l'ovaire (2).

On a observé la grossesse dans ces tumeurs tubo-ovariques (3). Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'opérer un cas dans lequel l'oviducte s'ouvrait largement dans la poche amniotique. Du côté opposé, il existait également une petite tumeur tubo-ovarique (4).

Nous parlerons de cette variété de tumeurs à propos des *tumeurs de l'ovaire*.

Contrairement à l'assertion de HEGAR et de MARTIN, je trouve que le *diagnostic différentiel des tumeurs des trompes* est loin d'être toujours facile. Parfois on sent très manifestement les trompes épaissies et tortueuses se continuer avec la tumeur ; même alors il peut être difficile ou même impossible de les différencier d'avec de *petites tumeurs ovariennes* sous-séreuses fixées de toutes parts par des adhérences. Ce qui me paraît surtout caractéristique pour les tumeurs des trompes, c'est leur bilatéralité, leur situation tout à fait à proximité des bords de l'utérus et la profondeur à laquelle elles se trouvent dans le petit bassin ou dans le cul-de-sac de Douglas.

L'hydrosalpinx est parfois reconnaissable par l'extrême minceur et l'élasticité des parois de la poche ; grâce à ce carac-

(1) Voir entr'autres : BURNIER, Ueber Tuboovarialeysten. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. V,

(2) Voir BEAUCAMP, Ueber Tuboovarialschwangerschaft. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. X.

(3) VULLIET, *Arch. f. Gyn.* XXIII.

(4) VON FALK, *Ein Fall von Tuboovarialschwangerschaft*. Diss. inaug., Berlin 1887.

tère, j'ai réussi une fois à diagnostiquer un hydrosalpinx siégeant à côté d'une tumeur ovarique plus volumineuse.

Parmi les caractères cliniques, il faut mentionner la *stérilité prolongée*, sans autre cause appréciable, et les douleurs, affectant la forme de coliques violentes, sur lesquelles MARTIN et KALTENBACH (1) ont les premiers attiré l'attention. Ces symptômes permettent tout au moins de soupçonner une affection des trompes.

D'après GUSSEROW, MARTIN et d'autres, il surviendrait fréquemment des ménorragies profuses (2).

L'existence antérieure d'une *infection blennorrhagique* et le retour fréquent d'accès de périmétrite doivent faire songer au pyosalpinx. On est parfois étonné de trouver les trompes distendues par d'abondantes accumulations de pus chez des femmes qui cependant n'accusaient aucun symptôme de ce côté.

Grossesse tubaire. — Le diagnostic de grossesse tubaire se base à la fois sur l'examen objectif et sur l'étude des anamnétiques. La tumeur tubaire formée par la grossesse ne diffère pas sensiblement de l'hydrosalpinx ni du pyosalpinx ; cependant la consistance n'est pas tout à fait la même. Le diagnostic de grossesse tubaire est *très probable* si on trouve la trompe en continuité directe avec une tumeur tendue et élastique située tout près de l'utérus, et si le volume de cette tumeur correspond avec les données fournies sur l'époque à laquelle la grossesse est arrivée, l'utérus ayant conservé ses dimensions normales (3). Dans un cas que j'ai opéré avec succès, (fig. 125), on sentait manifestement l'ovaire attaché à la poche formée par la grossesse tubaire.

(1) Ueber Tubenstenose mit secundärer Hypertrophie der Wandungen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 27, p. 317.

(2) Ueber Exstirpation von Tubarsäcken, Verhandl. der 59. Naturforschervers. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 29.

(3) J. VEIT, *loc. cit.*

Le diagnostic de la *tuberculose de la trompe* est basé, selon HEGAR, sur la consistance inégale des différentes parties de la tumeur tubaire, sur le siège de cette tumeur à proximité de la matrice et sur les affections tuberculeuses concomitantes d'autres organes.

Il n'est pas souvent *indiqué* de pratiquer l'extirpation isolée des trompes ; le but capital de l'opération consiste le plus souvent dans l'ablation des ovaires qui sont malades en même temps, et qui, lorsque les trompes ont été enlevées, sont inutiles et peuvent devenir la source de beaucoup de

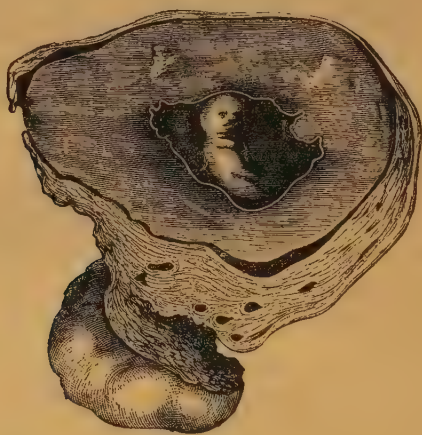


Fig. 125. — Grossesse tubaire (HOFMEIER).

souffrances et de dangers. LAWSON TAIT considère comme « *tubal cases* » toutes les affections des organes génitaux internes qui ne résultent pas de la présence de tumeurs volumineuses, et il pratique l'extirpation simultanée des trompes et des ovaires.

Pour juger de l'*opportunité* de l'intervention opératoire, il faudra tenir compte surtout des symptômes observés, dont la gravité n'est pas toujours proportionnée au volume de la tumeur tubaire. Toutefois il est établi que les tumeurs tubaires

qui sont fixées par des adhérences au fond du petit bassin, peuvent occasionner des symptômes de compression fort pénibles. Cependant il faut prendre aussi en considération la nature du contenu de la tumeur, et se décider plus difficilement à intervenir dans le cas de pyosalpinx, eu égard au danger d'infection par rupture de la poche.

Malheureusement, l'extension de l'inflammation au péritoine pelvien, qui accompagne le plus souvent le pyosalpinx, occasionne des désordres plus graves que ceux qu'on observe dans le cas d'hydrosalpinx, même beaucoup plus volumineux. D'autre part il est de fait que lorsque, comme il arrive souvent, le pyosalpinx est dû à l'infection blennorragique, l'extirpation des trompes et des ovaires ne suffit pas toujours pour amener une guérison complète. Du reste, les indications de la salpingotomie se rapprochent de celles de la castration, dont nous parlerons plus loin, à tel point qu'il est difficile de tracer des limites distinctes entre les deux. Nous partageons pleinement l'avis de KALTENBACH, lorsqu'il prétend que, dans l'état actuel de nos connaissances et de notre expérience, il est difficile de formuler des indications *nettes* et *précises* pour la salpingotomie.

Les efforts persévérants et les opérations heureuses de J. VEIT (1) nous ont appris à intervenir activement dans la grossesse tubaire. Eu égard au danger imminent de rupture de la poche et d'hémorragie interne, il faut, comme le conseille VERR, recourir à l'opération dès que le diagnostic est posé avec certitude. Cependant nous avouons avec WYDER (2) que ce diagnostic est loin d'être aisé et qu'on arrive souvent trop tard, c'est-à-dire lorsque la rupture a déjà eu lieu.

Opération. — Le manuel opératoire consiste à pratiquer l'extirpation aussi complète que possible des trompes. Si l'a-

(1) *Die Eileiterschwangerschaft*. Stuttgart, 1885.

(2) Zur Lehre von der Extrauterinschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.* Bd. 28.

blation totale paraît trop difficile et trop dangereuse, on peut se contenter d'ouvrir le sac et de le drainer vers l'extérieur (HEGAR). SCHRÆDER a été seul jusqu'ici à faire la résection d'une partie de la trompe dans un cas d'hydrosalpinx. Il s'agissait d'une jeune fille, à qui SCHRÆDER venait d'enlever une tumeur ovarique, et chez laquelle il y avait de l'autre côté hydrosalpinx avec un ovaire sain. Comme la castration ne paraissait pas justifiée, et comme d'autre part, si on laissait les choses en place, des accidents graves auraient pu résulter plus tard de l'affection de la trompe, SCHRÆDER crut bien faire en ouvrant artificiellement la trompe, à l'effet de rendre la conception possible. Il sutura ensuite la muqueuse tubaire au péritoine et il ne me paraît pas impossible qu'après l'évacuation de l'hydrosalpinx, la muqueuse tubaire soit revenue à son état normal et que l'ouverture abdominale de la trompe soit demeurée perméable. Aussi HEGAR me paraît-il avoir eu tort en reprochant à SCHRÆDER d'avoir fait dans cette occasion un *tour de force mal à propos*.

Le *premier temps* de l'opération, qui devra toujours viser à l'ablation simultanée des ovaires et des trompes, est le même que pour toute autre laparotomie. Les difficultés ne commencent que lorsqu'il s'agit d'attirer la tumeur hors du petit bassin. Il convient de détacher d'abord les adhérences qui fixent la tumeur de toutes parts. Ce temps de l'opération est parfois fort malaisé, car ces adhérences sont souvent fort résistantes et il faut éviter autant que possible de provoquer la rupture de la tumeur. Souvent il est nécessaire de sectionner les adhérences avec les ciseaux. L'extraction est surtout laborieuse lorsque la tumeur est enclavée dans le petit bassin ; comme on ne peut pas la saisir avec des pinces, il faudra tâcher de passer la main sous la tumeur et de la soulever petit à petit.

Quand il s'agit d'un pyosalpinx, il faudra redoubler de précautions pour ne pas blesser la tumeur. Malheureusement

les parois du sac sont le plus souvent très fragiles et il m'est arrivé, comme à SCHRÖDER, en voulant détacher les adhérences, de voir la poche se rompre et un pus d'une extrême fétidité se répandre dans le petit bassin. Cependant, dans le cas de SCHRÖDER comme dans le mien, la convalescence a été normale, ce qui prouve que le *pouvoir infectant* du pus épanché est loin d'être en rapport avec sa *fétidité*(1); car il est impossible, malgré tous les soins qu'on puisse y apporter, de débarrasser les plaies étendues du petit bassin des germes infectieux qui s'y sont déposés.

Une fois la tumeur attirée dans l'incision abdominale, on fait la ligature en plusieurs portions du ligament large jusque près de la marge du bassin, c'est-à-dire y compris le ligament infundibulo-pelvien, et on excise la trompe et l'ovaire à un demi ou un centimètre au-dessus de ces ligatures. Eu égard à l'état inflammatoire de la muqueuse tubaire, il est à conseiller de sectionner la trompe, entre deux ligatures, au moyen du thermo-cantère de Paquelin, ou du fer rouge; de cette manière, on est sûr d'avoir détruit tous les germes infectieux qui pouvaient se trouver dans les trompes. On termine l'opération en coupant les fils, en nettoyant le péritoine et en suturant l'incision abdominale.

Si les adhérences sont étendues et résistantes au point de rendre impossible l'ablation complète de la tumeur, HEGAR (2) recommande de *drainer la poche* vers l'incision abdominale ou mieux encore vers le vagin. Si on est résolu d'opérer par la voie abdominale, sans qu'il existe d'adhérences solides entre la tumeur et la paroi du ventre, il faudra, dans un *premier temps*, faire la laparotomie et introduire une bande de gaze iodoformée pour provoquer une péritonite adhésive entre le péritoine pariétal et la paroi de la poche. Une fois

(1) GUSSEROW, *loc. cit.*

(2) Voir WIEDOW, Zur operat. Behandl. des Pyosalpinx. *Centralbl. f. Gyn.*, 1885, n° 10.

ce résultat obtenu, c'est-à-dire après cinq à huit jours, on fera l'incision du sac.

On peut aussi, quand on ne craint pas la rupture du sac, suturer celui-ci au péritoine de la paroi abdominale, comme on fait dans le cas de grossesse extra-utérine ou de tumeurs dues à des échinocoques. Si la chose est possible, il faudra drainer aussi vers le vagin pour avoir une contre-ouverture.

Si la tumeur est profondément située dans le petit bassin, il faut inciser la poche par en-dessous et drainer vers le vagin. Mais alors il est désirable également de faire une contre-ouverture dans la paroi abdominale.

Dans les cas où il subsistait au fond du petit bassin des plaies étendues et déchiquetées, parfois déjà infectées par l'épanchement du pus dans le péritoine, HEGAR a eu recours avec succès au *drainage capillaire*, consistant à introduire jusqu'au contact de ces plaies de gros drains en verre, bourrés de gaze iodoformée. MARTIN introduit dans la poche, par le cul-de-sac postérieur, un drain en caoutchouc muni d'un tube transversal.

Si on juge l'intervention nécessaire, je crois qu'il sera toujours préférable de faire d'emblée la laparotomie et de tâcher d'énucléer complètement la tumeur par en haut, d'autant plus qu'à s'en rapporter aux observations mentionnées plus haut, le danger d'infection ne paraît pas si prononcé qu'on serait tenté de le croire. Si on voit que les conditions sont par trop défavorables, on peut recourir au drainage préconisé par HEGAR.

Résultats. — En ce qui concerne les résultats obtenus, il faut de nouveau distinguer entre le succès *immédiat* et la guérison *définitive*. Dans le cas d'hydrosalpinx, la guérison opératoire équivalant le plus souvent à une cure complète et définitive. Mais il n'en est pas toujours ainsi lorsque, comme il arrive souvent, ces tumeurs tubaires sont compliquées d'autres

affections, et notamment de pelvi-péritonite, et LAWSON TAIT est le seul opérateur qui ait eu la chance de pouvoir dire : « *But I know of only one case, wich has not been cured of all her suffering* » ; toujours est-il que cette affirmation du laparotomiste anglais est en contradiction flagrante avec les résultats obtenus par les opérateurs allemands.

Pour donner une idée du danger et du pronostic de la salpingotomie, je vais citer quelques chiffres empruntés à différents opérateurs :

	OPÉRATIONS	MORTALITÉ
HEGAR (1)	19	3
MARTIN (2)	72	12
GUSSEROW (3)	14	0
MEINERT (4)	15	1
KALTENBACH	4	0
LEOPOLD (5)	8	3
TAIT (6)	12	0
VEIT (7)	9	0
HOFMEIER	8	1
Total	161	20

A propos de ces chiffres, il convient de faire observer qu'en publiant leurs résultats, les opérateurs n'ont pas toujours mentionné la forme d'inflammation tubaire qui a réclamé l'intervention ; dans la plupart des cas, les deux ovaires ont été extirpés en même temps que les trompes qui étaient fixées le plus souvent par des adhérences étendues. Parmi mes observations, il y en avait une de grossesse tubaire ; mon cas d'insuccès se rapportait à un myome, avec

(1) HEGAR-KALTENBACH, *Gynécologie opératoire*. Paris, 1885.

(2) MARTIN, Ueber Tubenerkrankung. *loc. cit.*

(3) GUSSEROW, Gyn. Section der 59. Naturforschervers., *Arch. f. Gyn.*, Bd. 29.

(4) MEINERT, *eod. loco*.

(5) LEOPOLD, Dresd. Ges. f. Gyn. Voir *Centralbl. f. Gyn.*, 1885 et 1886, n° 48.

(6) TAIT, *Brit. gynec. Journal*, Bd. I, p. 77.

(7) J. VEIT, Geburtsh. Gesellschaft zu Berlin, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIV, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n° 6.

périmétrite étendue, tumeur ovarique et pyosalpinx bilatéral ; tous les cas de VEIT étaient des grossesses tubaires.

La mortalité opératoire est peu élevée : 13, 7 p. 100 ; malheureusement les résultats définitifs ne sont pas toujours favorables (1), de sorte qu'il faut étudier soigneusement chaque cas en particulier avant d'entreprendre l'opération.

(1) Voir GUSSEROW, *loc. cit.* et HEGAR, *loc. cit.*

CHAPITRE XV

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES OVAIRES

Ces opérations consistent presque exclusivement dans l'*extirpation complète* d'un des ovaires, ou de tous les deux. On y a recours soit dans les cas de changements pathologiques de ces organes, quand la maladie produit un danger sérieux pour l'organisme entier, ou une atteinte profonde à la santé générale (*ovariotomie*) ; soit que l'on veuille, par l'enlèvement des deux ovaires, — même non malades, — obtenir la guérison d'une affection de l'utérus ou de toute l'économie (*castration*). Ce n'est que dans des cas exceptionnels, — et à ma connaissance l'opération dont il s'agit n'a été pratiquée que par SCHRÖDER, — que l'on peut et doit se contenter d'enlever les parties malades de l'ovaire en conservant les parties saines (*Résection de l'ovaire*). Je traiterai de cette opération au chapitre de l'ovariotomie.

La *ponction* des tumeurs ovariques, suivie de l'injection de teinture d'iode, et pratiquée jadis comme opération curative, n'est plus guère en usage aujourd'hui. Cette ponction, même faite en vue d'assurer le diagnostic, est sujette à de sérieuses objections. L'*incision exploratrice* ne présente guère plus de dangers, tout en procurant les éléments d'un diagnostic complet. Nous en parlerons en traitant du *diagnostic* des tumeurs ovariques.

La description méthodique des opérations qui nous occupent, doit comprendre aussi l'enlèvement d'un des ovaires,

et parfois de tous les deux, quand ces organes sont en prolapsus, soit dans un sac herniaire, soit dans le cul-de-sac de Douglas. En ce cas, il survient des douleurs vives, rebelles à toutes les autres méthodes de traitement.

Chacune de ces opérations, en tant qu'elle peut présenter des caractères typiques, sera décrite à part.

§ 20. — Ovariectomie

Indications. — L'extirpation des ovaires malades se pratique uniquement ou presque uniquement en cas de *tumeurs* formées dans ces organes. En effet, aucune autre glande de l'organisme féminin ne présente autant de prédispositions à des néoplasmes de toute nature, s'accroissant sans cesse et avec autant de rapidité. Les tumeurs même anatomiquement bénignes des ovaires ont une tendance si prononcée au développement qu'elles finissent par menacer gravement l'existence. En outre, les tumeurs ovariennes, même bénignes dans le principe, ont une propension marquée à se transformer en tumeurs malignes et à mettre ainsi rapidement la vie en danger.

Les productions *dermoïdes* s'y observent plus fréquemment aussi que dans tout autre organe. Les tumeurs ovariennes doivent donc être rangées parmi les maladies *les plus communes* et *les plus dangereuses*; et c'est avec raison que les perfectionnements actuels et récents des procédés opératoires sont comptés pour un des progrès les plus brillants et les plus utiles de la chirurgie abdominale.

L'histoire de l'ovariectomie, très intéressante en elle-même et aussi au point de vue des progrès scientifiques accomplis dans ces dernières années, m'entraînerait au delà des limites que je me suis tracées. HEGAR et KALTENBACH (1) dans leur livre sur les opérations gynécologiques, et OLSHAUSEN (2) dans sa monographie sur les maladies de l'ovaire l'ont décrite d'une façon complète. Je ne pourrais donc que répéter ici ce qui est suffisamment connu.

(1) Voir *Gynécologie opératoire*, Paris, 1885.

(2) *Die Krankheiten der Ovarien*, II Aufl. Stuttgart 1886, page 235.

Diverses sortes de tumeurs. — Parmi les affections ovariennes, considérées au point de vue *anatomique*, on a rangé pendant ces dernières années, la soi-disant « dégénérescence micro-kystique » de ces organes, qui se traduit par des symptômes plus ou moins graves. HEGAR (1) surtout attribue à ces lésions une place considérable et un ensemble de symptômes très distinct. Selon lui, cette maladie constitue une indication fréquente à l'extirpation des ovaires. Mais d'après les investigations faites à la clinique de GUSSEROW (2), il paraît très douteux que l'on puisse ranger cette hydropisie des follicules parmi les affections de l'ovaire. En outre, elle ne nécessite que rarement par elle-même une opération. Celle-ci se pratique le plus souvent dans le but unique d'obtenir la cessation de l'ovulation. C'est pour cette raison que nous parlons de cette maladie au chapitre de *la castration*.

Viennent ensuite les *néoplasmes vrais* qui appartiennent soit à la série des tumeurs épithéliales et qui partent de l'épithélium des tubes de PFLUGER (WALDEYER): *adénomes, carcinomes, kystes papillaires* (3), soit à la série des tumeurs du tissu conjonctif: *sarcomes, fibromes, enchondromes, myxomes*. Souvent aussi le caractère de ces tumeurs est mixte, c'est-à-dire qu'elles présentent en même temps plusieurs affections de la première série, ou de la deuxième ou de toutes les deux en même temps.

Le cas le plus fréquent est celui où l'on trouve réunis le *carcinome* et l'*adénome* ou l'*adénome* et les *productions papillaires*, puis les *dégénérescences papillomateuses* avec le *carcinome*. Nous avons aussi observé à diverses reprises des productions dermoïdes en même temps que des dégénérescences carcinomateuses partielles.

(1) *Loc. cit.*, page 368.

(2) W. NAGEL, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Ovarien. *Centralbl. f. Gyn.* 1887, n° 26 et *Arch. f. Gyn.*, Bd. 31.

(3) FLAISCHLEN, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. VI et VII.

Il importe d'assigner un rang important à ces *tumeurs dermoïdes*, dont l'origine est rapportée par certains auteurs à des germes embryonnaires, et par d'autres (WALDEYER) à un pouvoir de formation spécifique des cellules ovariennes. Elles sont toujours *uniloculaires*, bien que plusieurs puissent se développer dans le même ovaire et se combiner avec d'autres néoplasmes. Généralement elles ont une croissance plus lente que celle des autres productions pathologiques.

Les *kystes papillaires*, revêtus d'un épithélium à cils vibratiles, présentent des dispositions particulières, en ce que, d'après FLAISCHLEN, elles naissent sur l'épithélium superficiel de l'ovaire. Ces tumeurs présentent des productions vilieuses, papillaires, disposées à la surface interne des kystes. Si ces derniers se rompent spontanément, ou si leurs parois éclatent par suite du développement des papilles, celles-ci se montrent à la surface de la tumeur et peuvent se répandre rapidement sur les parties voisines, donnant ainsi souvent lieu à une infection directe du péritoine, à une ascite généralisée suivie inévitablement de terminaison fatale. Bien qu'au point de vue anatomique ces tumeurs ne soient pas *malignes*, elles n'en sont pas moins, sous le rapport clinique, aussi redoutables que les carcinomes.

La plupart de ces tumeurs ont une propension marquée à *s'accroître avec une grande rapidité*, non seulement par la production continue de cavités nouvelles, mais aussi par la sécrétion incessante qui se produit à leur intérieur.

La constitution et la nature du liquide sécrété sont aussi variables que la forme du kyste lui-même. Ce liquide est tantôt *fluide* et *limpide* comme de l'eau de roche, d'autres fois il présente la consistance *épaisse* de la gélatine ; sa couleur varie depuis la transparence presque complète jusqu'au noir brun. Certaines tumeurs ne se composent que d'un seul kyste plus ou moins volumineux, et d'autres d'une multitude

de petites cavités serrées les unes contre les autres, comme les loges d'une ruche d'abeilles.

Pour toutes ces raisons, et à cause aussi de la diversité des tissus qui les constituent, la consistance de ces tumeurs varie depuis la consistance osseuse jusqu'à la *mollesse* la plus complète.

Les papillomes (1) et les tumeurs malignes se développent souvent dans les deux ovaires à la fois, tandis que les adénomes bénins n'envahissent ordinairement qu'un seul ovaire. Au reste, une tumeur différente peut se développer dans chacun de ces deux organes. On rencontre aussi des tumeurs dermoïdes des deux côtés.

Accidentellement il se produit des formes singulières ; sur des kystes uniques, attachés à un long pédicule, se développent parfois d'autres kystes pédiculés plus petits, de sorte que la réunion de ces tumeurs présente exactement l'aspect d'une énorme grappe de raisins. OLSHAUSEN a décrit deux de ces tumeurs (2). J'en ai observé quatre, dont deux opérées par SCHRÖEDER et deux par moi-même. Dans un de ces derniers cas, le deuxième ovaire était pris, et bien que pendant l'opération la tumeur me parût de nature maligne, l'examen microscopique vint prouver le contraire.

La plus grande partie du pourtour de l'ovaire étant libre dans la cavité abdominale, il est très compréhensible que la plupart des tumeurs s'insèrent sur le hile ovarique plus ou moins altéré et se développent librement dans l'abdomen. Mais si la tumeur s'est développée aux dépens de la partie de l'ovaire qui est attachée aux ligaments larges, elle se développera évidemment entre les feuillets de ces ligaments et se dirigera en bas dans le tissu cellulaire du petit bassin ou latéralement du côté de l'utérus.

Ces tumeurs *sous-séreuses* peuvent, en se développant et

(1) Voir OLSHAUSEN, *loc. cit.*

(2) *Centralb. f. Gyn.*, 1884, n° 43.

en dépliant les ligaments larges, refouler l'utérus et l'élever plus ou moins haut, en dehors du petit bassin. Il arrive même que les fibres musculaires de la matrice sont soulevées et comme désagrégées par l'accroissement de la tumeur, et que le péritoine est décollé et détaché sur la partie antérieure ou postérieure de cet organe. Si l'accroissement sous-



Fig. 126. — Insertion simple pédiculée.



Fig. 127 a.

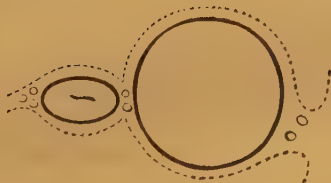


Fig. 127 b.

Tumeurs sous séreuses.

péritonéal se fait dans le sens latéral, le cœcum et le colon descendant peuvent être refoulés par la tumeur. Si celle-ci s'étend dans le petit bassin, il arrive parfois qu'elle est accolée aux gros vaisseaux, aux troncs nerveux et même à

l'urèthre. Ces complications fâcheuses se rencontrent surtout dans le cas de papillomes.

Ordinairement le hile de l'ovaire, les ligaments larges, les ligaments infundibulo-pelviens et surtout la trompe de Fallope plus ou moins étirée et allongée figurent ce qu'on appelle le *pédicule*. Mais pour les tumeurs sous-séreuses, il ne se présente aucun vestige de pédicule.

Il en est de même pour les tumeurs qui se développent en partie librement dans l'abdomen, et en partie entre les feuillets des ligaments larges.

Les tumeurs ovariques *solides*, qui du reste sont rares, pré-

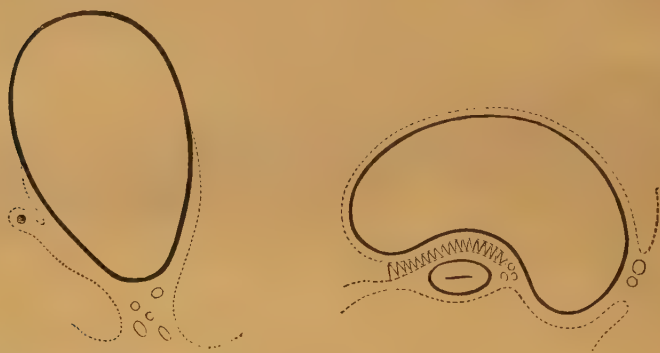


Fig. 127 c. — Tumeur sous séreuse. Fig. 127 d. — Tumeur sous-séreuse compliquée d'adhérences inflammatoires.

sentent une disposition particulière du pédicule. Celui-ci est constitué par le hile ovarique largement étalé tandis que le ligament de l'ovaire et la trompe conservent leur position normale. La tumeur est creusée d'une sorte de sillon dans lequel le hile vient s'engager. Il peut arriver que les tumeurs à insertion anormale aient contracté de larges adhérences avec d'autres feuillets péritonéaux ; on rencontre alors des complications qu'il est presque impossible de diagnostiquer même pendant l'opération.

Les figures 126 et 127 représentent d'une manière schéma-

tiqué les rapports que les tumeurs de l'ovaire peuvent affecter avec les tissus avoisinants ainsi que leur mode de pédiculisation. La figure 126 montre une insertion simple pédiculée et la figure 127 *a — c*, d'après KALTENBACH, les divers cas possibles de développement sous-séreux. La figure 127 *d* montre des rapports compliqués par des adhérences inflammatoires (voir la ligne en zig-zag). La figure 128 d'après OLSHAUSEN représente l'insertion de tumeurs solides bilatérales, et la figure 129 les rapports avec l'utérus et le petit bassin, d'une tumeur sous-séreuse très développée.

Il arrive assez souvent que l'une ou l'autre de ces poches kystiques se rompt. Cliniquement, on peut plus ou moins

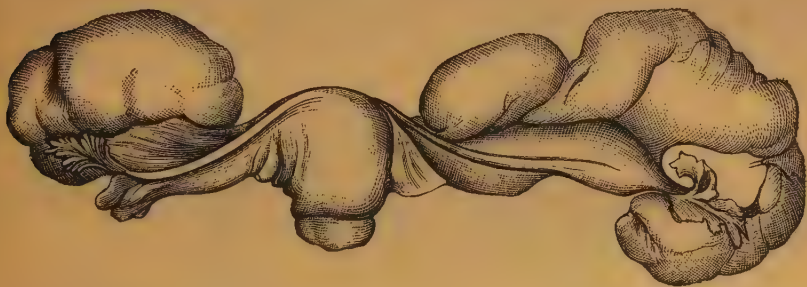


Fig. 128. — Tumeurs ovariennes solides bilatérales, d'après OLSHAUSEN.

conjecturer cet accident d'après les indications fournies par les malades. On constate souvent de visu des ruptures récentes avec épanchement de masses gélatineuses dans l'abdomen. Parfois aussi on trouve des traces de la rupture sur les parois du kyste, lequel présente à cet endroit un anneau blanchâtre fibreux très distinct.

Généralement néanmoins ces accidents ne se traduisent pas par des signes appréciables, surtout dans les cas de tumeurs nommées par WERTH *pseudo-myxomes*, qui après leur rupture répandent dans toutes les parties de l'abdomen une substance gélatineuse et contractent avec le péritoine des

adhérences sans que les malades accusent de symptômes sérieux.

D'autres fois cependant on constate une fièvre assez violente et des symptômes de péritonite. Deux fois même, à ma clinique, j'ai vu se produire un collapsus profond à la suite de la rupture d'un kyste volumineux. Dans l'un des cas je parvins à sauver la malade par une opération immédiate; dans l'autre la mort survint rapidement. Il n'est pas possible

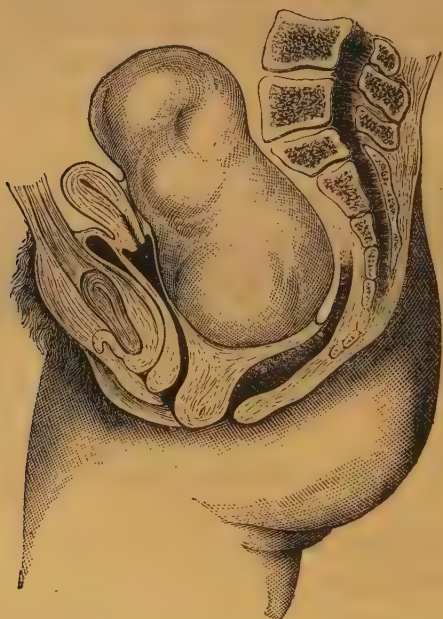


Fig. 129. — Grosse tumeur ovarique sous-séreuse.

de déterminer les causes de cette différence dans les manifestations cliniques.

Torsion du pédicule. — Un phénomène qui se produit parfois aussi et qui donne lieu à des conséquences fâcheuses, est la torsion du pédicule sur son axe. Cet accident se présente surtout dans les cas de tumeur de moyenne dimension

et très mobile, mais on l'a observé aussi dans d'autres circonstances, où l'on a peine à comprendre la possibilité du déplacement nécessaire à cette torsion. Les *symptômes* de ces torsions simples ou multiples varient d'après la longueur du pédicule, et selon que cette rotation est plus ou moins rapide et complète. Ils consistent, au début, en phénomènes d'hyperhémie : les veines sont comprimées tandis que l'accès du sang artériel est encore possible. Il en résulte un *engorgement veineux intense*, avec épanchement sanguin considérable dans l'intérieur de la tumeur, et il n'est pas rare que par suite de la subite augmentation de volume de celle-ci, les malades s'aperçoivent alors pour la première fois de sa présence. On constate fréquemment aussi une péritonite étendue avec fièvre et douleurs violentes.

Dans un cas de torsion où le pédicule était assez gros et court, et qui s'était produit probablement par suite d'un examen gynécologique, j'ai pu constater la rupture d'une tumeur énorme gorgée de sang, avec épanchement considérable de sang dans l'abdomen.

Comme conséquence de cet accident surviennent les adhérences de toute espèce que contractent les kystes avec les organes voisins, de manière que pas un centimètre carré de la paroi de la poche ne demeure libre.

Si ces adhérences sont encore récentes et qu'on les déchire pour opérer l'énucléation de la tumeur, le sang en coule comme d'une éponge. D'un autre côté ces adhérences peuvent être si solides (comme cela a eu lieu dans un cas opéré par SCHRÖDER en ces dernières années), qu'il devient impossible de les détruire sans s'exposer au danger de léser les intestins et de provoquer des hémorragies en nappe incoercibles.

On a vu aussi le pédicule de la tumeur s'étrangler et le kyste *s'atrophier* : cette terminaison paraît se produire surtout en cas de torsion graduelle et lente. J'ai publié plusieurs observations de ce genre dans le 5^e volume du *Zeitschrift*

für Geburtshilfe und Gynæcologie (1). On voit alors l'une des trompes se terminer en cul-de-sac et presque toujours on trouve dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur dure, en partie crétacée, partout adhérente, mais sans connexions distinctes avec l'utérus.

Pour d'autres causes il peut se former des adhérences plus ou moins étendues *avec le péritoine*. Celles-ci, surtout vers la paroi abdominale antérieure et dans le petit bassin, sont souvent étalées ; d'autres fois elles sont changées en cordons membraneux par suite des déplacements de la tumeur et des mouvements des intestins. Il arrive aussi que la tumeur soit finalement nourrie par les vaisseaux de nouvelle formation développés dans ces adhérences (2).

Le sang est ordinairement amené aux tumeurs ovariennes par les artères spermatiques, qui se rendent à l'ovaire par le ligament infundibulo-pelvien, ainsi que par la branche, souvent très développée, de l'artère utérine qui s'anastomose avec l'artère spermatique. Généralement ces tumeurs ne sont pas nourries par d'autres vaisseaux.

L'utérus peut rester en position *normale* aussi longtemps que la tumeur se développe librement dans le ventre. Il peut aussi être refoulé en avant et plus fréquemment en arrière en rétroversion. Mais la situation change si la tumeur s'est développée primitivement dans le petit bassin ou si elle pénètre entre les feuillets du ligament large. Dans ces deux cas, l'utérus subit une pression mécanique qui le refoule soit sur le côté, soit le plus souvent en haut jusqu'au niveau du détroit supérieur, de manière que, par le toucher, le cul-de-sac utérin ne peut être atteint qu'avec la plus grande peine.

Ces circonstances doivent être prises en grande considération pour établir un diagnostic anatomique exact en vue d'une opération éventuelle.

(1) Voir OLSHAUSEN, *loc. cit.* p. 109.

(2) Voir HOFMEIER, *loc. cit.*

C'est parfois par la production rapide d'une *ascite*, — phénomène qui se présente fréquemment dans le cas de tumeurs dures, et presque toujours dans le cas de tumeurs malignes et papillaires, — qu'on en vient à soupçonner la présence d'un néoplasme et que l'attention de la malade est attirée du côté de l'abdomen. Alors l'hydropisie cache d'ordinaire la tumeur et on ne peut l'atteindre que par le vagin ou après l'évacuation du liquide par la ponction.

Un point à remarquer encore c'est que, contrairement à ce qui arrive pour toutes les autres tumeurs qui se développent de préférence à un âge déterminé, les tumeurs ovariennes se constatent à *presque toutes les époques de la vie*. La plus jeune opérée de SCHRÖDER n'avait que cinq ans, la plus âgée était une arrière-grand'mère de 80 ans. Il y a d'autres exemples encore où ces limites ont été dépassées surtout pour les enfants en bas-âge (1). KÜESTER a opéré une petite fille de deux ans pour une grosse tumeur dermoïde (2).

Symptomatologie. — Les symptômes peuvent être très variés. Ils dépendent en partie de l'accroissement rapide de la tumeur; de la compression qu'elle exerce sur tous les organes internes, si elle est volumineuse, ainsi que de l'affaiblissement général qui en est la conséquence.

Leur *intensité* est en rapport avec la rapidité de la croissance du néoplasme. Dans le cas de tumeur simple il n'y a en général pas de douleur, ou les douleurs sont presque insignifiantes. Si elle est mobile et plus volumineuse, les déplacements qu'elle subit par suite des divers mouvements du corps peuvent occasionner des sensations très pénibles; mais dès qu'il se produit des symptômes péritonéaux, de quelque nature qu'ils soient, les douleurs deviennent intenses et continues de sorte que les malades sont obligées de garder le lit

(1) Voir OLSHAUSEN, *loc. cit.*, page 394.

(2) ROEMER, *Deutsche medic. Wochenschrift*. 1883, n° 52.

pendant plusieurs semaines et que tout travail devient impossible.

De même une torsion qui se produit subitement est d'ordinaire suivie de symptômes alarmants ; douleurs violentes pouvant amener la syncope, augmentation subite du volume du ventre, vomissements, fièvre etc.

La rupture d'un kyste n'est guère accompagnée de symptômes subjectifs et ce n'est qu'exceptionnellement que l'attention est attirée sur ce fait. En somme, c'est un grand sujet d'étonnement que de voir des tumeurs ovariennes naître, se développer et acquérir un grand volume tout en se manifestant relativement par si peu de symptômes, et être portées si longtemps sans occasionner presque aucune douleur. Autrement il serait incompréhensible que tant de femmes laissent arriver les tumeurs ovariennes aux énormes dimensions que l'on peut constater tous les jours. J'ai dernièrement opéré une malade qui depuis des années en portait une de 82 livres. Il est vrai qu'elle avait été ponctionnée 14 fois.

Si la tumeur est de nature maligne, les symptômes graves ne se feront pas longtemps attendre. Il se manifestera de l'amaigrissement, un état de faiblesse générale et des douleurs intenses causées par la pression d'une masse ordinairement dure et irrégulière sur le péritoine.

Diagnostic de la tumeur. — Le diagnostic des tumeurs ovariennes se déduit de la constatation de leurs rapports anatomiques et des symptômes que nous venons de décrire. Pour arriver à la détermination des rapports avec les organes génitaux internes, il suffit en général de procéder à un examen méthodique tel qu'il a été décrit par HEGAR.

La malade étant profondément anesthésiée, on fait tirer l'utérus en bas au moyen d'une pince de Muzeux. On l'explore avec deux doigts introduits dans le rectum, et avec l'autre

main appliquée sur les parois abdominales. On peut de cette manière délimiter en général le pourtour de la matrice, déterminer ses rapports avec la tumeur et aussi les rapports de celle-ci avec l'un des ligaments larges. Ce procédé permet de sentir l'ovaire de l'autre côté et de constater son absence du côté malade. Ce n'est que dans le cas de tumeur extrêmement volumineuse, quand il est impossible de déprimer la paroi abdominale au-dessus de la symphyse du pubis, ou lorsqu'il y a des adhérences nombreuses qui ne permettent pas d'abaisser l'utérus, que cette méthode n'est pas satisfaisante. Toutefois en considérant alors la forme générale, la consistance de la tumeur, son mode de croissance, ses rapports avec le petit bassin et les organes qui y sont contenus, il n'y aura que peu de circonstances où l'on ne puisse arriver à un diagnostic probable.

Les adhérences qui éventuellement peuvent exister dans le petit bassin peuvent se constater d'ordinaire aussi par la méthode de HEGAR. Le siège sous-séreux de la tumeur se déduit des rapports anatomiques déjà décrits, c'est-à-dire de son contact plus étendu avec la matrice, de sa situation plus profonde dans le petit bassin et des déplacements éventuels de l'utérus.

On peut conclure à une tumeur *maligne* quand la croissance en est rapide, quand les malades sont considérablement affaiblies, qu'il survient de l'ascite et que la tumeur elle-même est dure et irrégulière. Souvent aussi on sent directement dans le cul-de-sac de Douglas, ou sur les côtés de l'utérus des masses papillaires dépressibles et molles. C'est là un signe presque certain *d'infection du péritoine*.

A un stade moins avancé, il n'est presque pas possible de reconnaître les tumeurs malignes, et il est impossible aussi d'arriver avant l'opération à un diagnostic anatomique certain, même avec l'aide de tous les moyens d'investigation dont nous pouvons disposer.

S'il existe une *ascite abondante*, la tumeur peut être complètement, ou à peu près complètement cachée. Il est indiqué alors de faire une ponction pour évacuer le liquide, et permettre l'exploration. Bien que nous soyons opposé en principe à la ponction dans le cas de tumeurs ovariennes, nous devons admettre néanmoins que dans les circonstances ci-dessus, elle contribue beaucoup à la certitude du diagnostic.

La *ponction de la tumeur*, jadis fort en usage dans le but de déterminer la nature du liquide et les caractères de la tumeur par l'examen microscopique du sédiment fourni par ce liquide, est devenue de nos jours très exceptionnelle ; et c'est avec raison, car les résultats en sont incertains, et la laparotomie se pratique de nos jours avec la plus grande sécurité.

Si donc, malgré tous les moyens d'investigation, le diagnostic demeure obscur, et si l'état de la malade exige une prompt intervention, le chirurgien devra faire une *incision exploratrice*, c'est-à-dire pratiquer la laparotomie en faisant une incision de peu d'étendue et s'assurer de l'état des choses par l'exploration manuelle et visuelle. La laparotomie exploratrice est à mon avis indispensable, à moins que dans les cas compliqués on ne rejette absolument toute intervention opératoire.

Indications de l'opération. — Il y a indication d'opérer, dès qu'on est convaincu qu'il existe un néoplasme *vrai* et non pas une hydropisie des follicules de Graaf. En effet, même avant que la tumeur ait provoqué par son grand volume des désordres graves, il existe déjà des dangers multiples, ainsi que nous l'avons vu. Et d'abord, le développement de ces tumeurs, bien qu'il se fasse parfois lentement, est continu et fatal, quel que soit l'âge de la patiente. En outre le grand volume de la tumeur et le grand nombre de complications possibles rendent une opération tardive plus dangereuse que celle qui aurait été pratiquée dès le début.

Un autre danger dont il faut tenir sérieusement compte réside dans la possibilité d'une torsion du pédicule et des accidents qui s'en suivent. Cette occurrence se produit assez fréquemment, surtout quand le pédicule est un peu allongé.

Mais le danger le plus redoutable pour toutes ces malades consiste dans la possibilité d'une *dégénérescence maligne* de la tumeur. D'après la statistique de COHN (1), sur six cents ovariectomies faites par SCHRÖDER, il y avait 100 tumeurs malignes ; LEOPOLD (2) donne des chiffres encore plus mauvais, puisque sur 116 laparotomies, il a rencontré 26 tumeurs malignes, soit 22 0/0. — Cette énorme proportion paraît exagérée à un grand nombre d'auteurs, à MARTIN entr'autres; selon eux elle provient en grande partie de ce fait que la clinique de SCHRÖDER a eu le malheureux privilège de recueillir un grand nombre de mauvais cas.

Quoi qu'il en soit, le danger n'en demeure pas moins très grand, et quand les symptômes de malignité se manifestent, il est ordinairement trop tard pour obtenir une guérison complète.

Le fait même de la *dégénérescence maligne* d'une tumeur primitivement *bénigne* est prouvé surabondamment par l'expérience clinique et en outre par les constatations anatomiques. Il arrive fréquemment en effet, que sur des néoplasmes volumineux, ne paraissant d'aucune manière suspects, un examen plus minutieux fasse découvrir des productions malignes éparses. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des tumeurs à croissance lente et presque nulle pendant plusieurs années, qui subitement se développent avec rapidité, et lors de l'opération présentent des apparences très suspectes.

A toutes ces conditions générales qui plaident en faveur

(1) E. COHN, Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke vom klinischen Standpunkte aus betrachtet etc. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XII.

(2) LEOPOLD, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1887, n° 4.

d'une opération faite de bonne heure, il faut en ajouter de spéciales qui constituent une indication urgente ; tels sont les symptômes de péritonite subits et violents qui reconnaissent pour cause la torsion du pédicule ou la rupture d'un kyste. Une intervention prompte peut en ce cas, comme j'en ai vu divers exemples, sauver la vie de la patiente.

En outre il est plus avantageux d'opérer pendant que les adhérences sont encore *récentes* et *faciles à détruire*. Plus on tarde, plus on s'expose à trouver la suppuration établie, et plus l'infection est à redouter. En cas de diagnostic certain ou probable d'une tumeur sous-séreuse il y a encore indication pour une opération *précoce*. Car l'intervention deviendra d'autant plus dangereuse que le néoplasme se sera étendu davantage dans le tissu cellulaire du petit bassin. En outre, ces sortes de tumeurs sont fréquemment papillaires.

Je ne puis partager l'opinion de KALTENBACH (1), disant que l'opération est contre-indiquée dans le cas de kystes papillaires doubles, compliqués d'adhérences solides avec les parties environnantes. Le siège sous-séreux de l'affection est certes facile à prévoir, mais la constatation des adhérences avec les parties voisines est sujette à de fréquentes erreurs. La tumeur peut sembler libre et on énucléation donner lieu néanmoins à de sérieuses difficultés. Toutes ces occurrences ne se rencontrent bien que pendant l'opération, et c'est pourquoi, tenant en outre compte du caractère malin de ces maladies, je suis d'avis qu'il convient de recourir de bonne heure à une intervention chirurgicale.

La question est plus complexe de savoir comment il faut se conduire vis-à-vis des tumeurs dont les caractères *malins* ont été diagnostiqués avec certitude, étant donné que dans ces circonstances les résultats éloignés de l'opération sont généralement peu encourageants.

(1) *Gynécologie opératoire*, édit. franç. p. 177.

Même en pareille circonstance, je pense que dans l'intérêt de la malade on doit encore tenter l'opération, aussi longtemps qu'on peut espérer de la mener à terme. Ces cas offrent des surprises de tout genre. On peut trouver les choses dans un état meilleur qu'on ne le supposait; la tumeur peut s'enlever plus facilement et plus complètement qu'on n'était en droit de l'espérer. En outre, je pense que l'espoir d'une guérison radicale ne doit jamais être abandonné. La statistique publiée par E. COHN prouve que sur 86 opérations faites dans des cas semblables, la guérison de 19, 5 p. 100 des malades se maintenait encore un an et chez 5 d'entre elles trois ans et demi après l'opération.

Voilà donc des patientes qui ont tout au moins obtenu un soulagement pour leurs souffrances et une santé relative pendant un an et plus. — C'est là un résultat qui n'est pas à dédaigner.

Je dois ajouter toutefois que, dans d'autres cas, l'opération semble avoir eu une influence néfaste sur la croissance de la tumeur, et que les malades succombent, en peu de temps, à l'extension rapide de l'affection. Dans deux cas, j'ai eu l'occasion de m'en convaincre. L'une des opérées mourut 17, l'autre 25 jours après l'opération. Bien que, lors de cette opération, je n'eusse trouvé aucune trace de carcinome dans le péritoine, je constatai à l'autopsie que la séreuse était couverte d'un néoplasme carcinomateux de l'épaisseur d'un doigt et que l'épiploon était changé en une tumeur dure et rigide épaisse de plus d'un centimètre. Si je n'avais examiné *de visu* le péritoine si peu de jours avant la mort, je n'aurais pu supposer que la séreuse pût encore être saine à une époque si rapprochée.

Dans le deuxième cas, il y avait déjà quelques métastases sur le péritoine, mais en petit nombre. La description de ces deux observations intéressantes a été faite par COHN (1).

(1) COHN, *loc. cit.*, p. 43.

Quant aux difficultés que rencontre l'opérateur dans ces cas spéciaux, j'en parlerai en même temps que de l'opération elle-même.

La *grossesse* concomittante constitue aussi une indication sérieuse pour opérer le plus tôt possible. Certes l'accouchement peut être normal, malgré la présence d'une tumeur volumineuse. Il n'est pas rare même que l'on transporte à la polyclinique de Berlin des femmes après l'expulsion spontanée d'un enfant, et chez lesquelles l'existence de la tumeur ovarique fait croire à une grossesse gémellaire; mais il est impossible cependant de nier que l'existence d'un néoplasme ne doive produire de graves dangers, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement, soit durant les suites de couches. Le développement de deux tumeurs volumineuses laisse peu de place libre dans la cavité abdominale et s'il se produit — ce qui est plus fréquent pendant la grossesse qu'en dehors de cette époque, — une torsion du pédicule, il surviendra des symptômes alarmants par suite du développement imprimé aux veines au ligament large, et il se produira probablement une péritonite *intense et généralisée*.

J'ai même opéré avec succès et avec un résultat presque immédiat, une femme au quatrième mois de sa grossesse et une autre patiente accouchée depuis trois semaines, et dans les mêmes conditions. Chez toutes deux j'avais établi le diagnostic probable, et confirmé lors de l'opération, d'une *torsion du pédicule*.

Des tumeurs même de dimension moyenne, peuvent pendant la parturition, et par suite d'étranglement, être cause de désordres graves, surtout les tumeurs dermoïdes qui contractent très aisément des adhérences. J'ai vu deux fois par suite de leur rupture, la mort survenir pendant l'accouchement. Certes, il arrive fréquemment qu'étant appelé en temps opportun, on peut, avec le secours de l'anesthésie, soulever et refouler ces tumeurs hors du bassin et faire descendre la

tête de l'enfant. Ce procédé m'a réussi une fois. Pendant la gestation, les adhérences sont plus lâches et plus extensibles, ce qui rend l'exécution de la manœuvre d'une facilité relativement plus grande.

Si, durant la grossesse, les indications pour une opération sont défavorables, par suite de la situation profonde de la tumeur ou d'adhérences trop nombreuses, on attendra l'accouchement pour se décider à cette opération, mais celle-ci se fera immédiatement si on trouve les circonstances favorables. Il est probable en effet qu'en tout cas elle devra être pratiquée plus tard, et que le danger en sera plus grand pendant l'accouchement.

Ajoutons encore que l'ovariotomie, surtout si elle est faite pendant les premiers mois de la grossesse, n'est guère plus dangereuse qu'en dehors de cette condition. C'est pour ces raisons que la plupart des chirurgiens regardent cette règle de conduite comme justifiée, dès que l'on s'est assuré de la présence d'un néoplasme. Le diagnostic peut être difficile, car il peut arriver que les ovaires augmentent aussi de volume par suite d'une simple hydropisie des follicules de GRAAF ; cependant en ce cas le volume dépasse très rarement celui du poing, et d'un autre côté on peut reculer l'opération, en mettant les patientes en garde contre les dangers d'un accroissement éventuel de la tumeur.

Traitement préparatoire. — Pour les précautions à prendre avant l'ovariotomie, je m'en réfère à ce que j'ai dit au chapitre II concernant la laparotomie : propreté absolue et aseptie de la chambre et de tout ce qu'elle renferme, de la malade et de tout ce qui doit être en contact avec elle, c'est-à-dire de l'opérateur, des assistants et des instruments.

Le précepte de réduire le plus possible le nombre des aides, celui des instruments et de simplifier la forme de ceux-ci, doit être strictement observé.

L'appartement doit être lavé, de préférence le soir qui précède l'opération, avec une solution de sublimé à 1 p. 0/00. Quelques heures avant de commencer l'opération, les fenêtres seront fermées, et le spray mis en marche afin d'humecter tout ce qui se trouve dans la chambre et de précipiter les poussières atmosphériques.

Les instruments en métal, et autant que possible construits d'une seule pièce, seront de préférence stérilisés par la chaleur dans l'étuve à stérilisation de KOCH, portée à une température de 140° : sinon on les mettra longtemps avant l'opération dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0.

Instruments. — Même pour les ovariectomies les plus compliquées nous ne nous servons guère que de : 2 scalpels, 2 porte-éponges, 6 à 8 pinces hémostatiques de PÉAN de diverses dimensions, 2 pinces à crochets, 1 pince de NÉLATON (fig. 130), 1 pince de MUZEUX 2 porte-aiguille set quelques aiguilles pour la suture des parois abdominales, 1 ou 2 aiguilles de DESCHAMPS. En outre on aura un certain nombre d'éponges (1) de moyenne grosseur et une autre plus volumineuse, quelques compresses abdominales composées de couches de gaze antiseptique superposées et gardées à part avec les éponges, ainsi que de la soie qui doit être conservée dans la boîte en verre représentée figure 31.

Inutile d'ajouter que de nos jours on doit posséder pour l'ovariectomie et pour la laparotomie un appareil instrumental absolument spécial et réservé à cette opération.

Autrefois on se servait de trocars très compliqués pour évacuer au dehors le contenu des *kystes*, mais depuis que l'on sait que ce liquide n'est pas nuisible en lui-même, et considérant en outre que même avec cet instrument compliqué on n'arrivait pas à tenir la patiente complètement à sec,

(1) A ce sujet on ne doit jamais négliger de compter soigneusement les éponges. Elles pourraient sans cela échapper à l'attention et être oubliées dans l'abdomen.

on en a abandonné l'usage. Cependant avec la méthode de désinfection actuelle au moyen de l'appareil à stérilisation, l'emploi d'un trocart simple ne peut guère entraîner d'inconvénients (fig. 131) et dans certains cas de collection liquide surabondante, il permet d'éviter à la malade une espèce d'inondation.

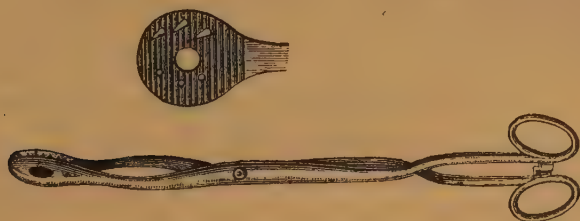


Fig. 130. — Pince de NÉLATON.

Les instruments sortis du four à stérilisation seront mis dans une solution à 2 1/2 p. 100 d'acide phénique, contenue dans un vase en verre, que l'on place à la droite du chirurgien ; à côté de celui-ci se trouve un assistant porteur d'un vase rempli d'une solution désinfectante (à 2 1/2 p. 100 d'acide

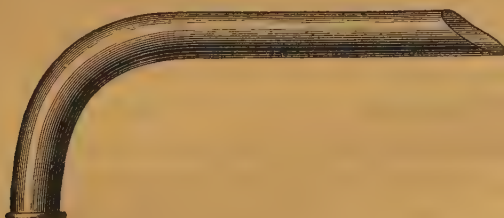


Fig. 131. — Troicart simple pour ponctionner les kystes ovariens.

phénique) dans laquelle l'opérateur lui-même nettoie les éponges à mesure qu'elles sont souillées. Pour tout le reste, il suffit de deux personnes. L'une d'elles se tient en face du chirurgien et l'assiste directement ; l'autre s'occupe d'armer les aiguilles, de préparer les éponges, les solutions antiseptiques etc. Le fait que deux aides suffisent est amplement

démontré par la pratique de SCHRÖDER. Celui-ci, depuis 1879, ne prenait pas plus d'assistants. Il est certain que chaque personne supplémentaire apporte un danger de plus.

La chambre à opération ne doit pas avoir une température supérieure à 20° C. Une température plus élevée est inutile, et elle incommoderait le chirurgien. Celui-ci ainsi que les aides doivent se conformer strictement aux règles prescrites dans le chapitre II. De même aussi la patiente, qui plusieurs jours avant l'opération s'y préparera par une légère diète, par des bains et prendra la veille au soir 0,50 c. de sous-nitrate de bismuth (1).

La narcose est favorisée de préférence par une dose de *morphine* (0,01 cent.) quinze minutes avant l'opération. Pour l'anesthésie elle-même, nous employons toujours le chloroforme préparé au moyen du chloral hydraté.

En Angleterre on paraît donner la préférence au *bichlorure de méthylène* à cause de sa moindre tendance à provoquer des vomissements. Chez les personnes faibles, on préconise l'emploi de l'éther simple, comme moins dangereux. L'anesthésie doit être continue et absolue. Le péritoine est très sensible, et dès que la malade reprend connaissance, elle se met aussitôt à faire des efforts qui rendent l'opération plus difficile et peuvent provoquer la projection au dehors des intestins. Il est préférable de chloroformer la femme dans son lit ou dans une chambre voisine. On la savonne ensuite, on rase soigneusement les poils et on lave l'abdomen avec une solution désinfectante. Un simple linge propre ou une toile gommée couvrira les jambes.

Manuel opératoire. — L'opération elle-même se divise tout naturellement en quatre temps :

1° Ouverture de l'abdomen ;

(1) On attribue à cette substance la propriété de faire contracter l'intestin.

2° Ponction ou diminution de volume et extraction de la tumeur ;

3° Traitement du pédicule ;

4° Réunion de la plaie du ventre, après toilette soignée de la cavité abdominale.

Premier temps. — On divise la peau par une incision qui ne doit pas être trop petite, depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse du pubis, sur la ligne blanche. Si la peau est très tendue et que la tumeur paraisse devoir diminuer facilement de volume, on se contente naturellement d'une incision moins grande. On pourra du reste toujours l'agrandir du côté de la symphyse afin de pénétrer plus facilement jusqu'au petit bassin.

La couche grasseuse est ensuite divisée jusqu'au muscle, et on cherche la limite de la couche fibreuse séparant les deux muscles droits. Chez les femmes ayant déjà accouché ceci n'offre aucune difficulté, mais chez les nullipares, les fibres des deux muscles s'entrecroisent souvent de telle façon, surtout à leur tiers inférieur, que l'on doit chercher la délimitation dans la partie supérieure et la suivre vers le bas. Après avoir divisé cette ligne, on arrive à une couche plus ou moins développée de graisse sus-péritonéale qui présente parfois l'apparence de l'épiploon. Il convient à ce moment de nettoyer et d'éponger la plaie surtout vers la symphyse pubienne.

Ordinairement on rencontre alors et on coupe une artère assez considérable. On la saisit avec une pince de PÉAN, ainsi que cela se pratique du reste pour toutes celles que l'on rencontre avant la fin de l'opération. Si l'effusion de sang est considérable, ou provient de plusieurs endroits à la fois, on peut faire des ligatures avec des fils de catgut, avant l'ouverture de la cavité abdominale.

Si l'hémorragie est encore plus profuse, comme il arrive dans les cas de péritonite concomitante, le chirurgien compri-

mera pendant quelque temps toute la plaie avec une éponge, ou bien il l'arrosera avec une solution chaude d'acide phénique sous l'influence de laquelle les petits vaisseaux se contractent et le sang s'arrête. Ce résultat doit en tout état de cause être obtenu avant l'ouverture de la cavité péritonéale.

Au fond de la plaie se trouve maintenant le péritoine sous lequel on voit parfois se dessiner la tumeur. Si la séreuse est tendue sur celle-ci, on la voit glisser par un mouvement de va et vient à chaque mouvement respiratoire et on pourra diviser facilement la séreuse.

Il n'est pas toujours aisé de reconnaître et de distinguer le péritoine surtout s'il y a des adhérences nombreuses avec la paroi abdominale antérieure. On croit parfois être déjà sur le kyste et on n'ose inciser plus avant de peur d'ouvrir ce dernier. Il peut arriver, même à des chirurgiens très distingués, de décoller dans une grande étendue le péritoine de la paroi abdominale, tout en croyant simplement séparer le kyste de cette paroi. Il est en tout cas préférable d'éviter cet accident, qui n'est néanmoins pas de grande importance,

Quoi qu'il en soit, la meilleure manière d'ouvrir la séreuse consiste à la soulever avec deux pinces entre lesquelles on l'incise avec prudence. Si la tumeur est considérable, il n'y a guère à craindre l'issue des intestins par la plaie, mais dans le cas contraire il convient de se précautionner contre cet accident. En faisant d'abord au péritoine une petite ouverture qui permette l'accès de l'air, la séreuse reste béante et on peut facilement soulever les parois abdominales.

L'incision première faite au péritoine sera pratiquée le plus haut possible, afin d'éviter une lésion éventuelle de la vessie. Il n'est pas rare en effet que cet organe soit exceptionnellement élevé dans l'abdomen et corresponde à la situation du cordon de l'ouraque, de manière qu'on est exposé à le blesser assez haut au-dessus de la symphyse du pubis. On

évitera cet accident en ouvrant la séreuse d'abord le plus haut possible, et en l'incisant vers le bas tout en la soulevant et en l'examinant à contre-jour. La vessie est surtout déplacée quand la tumeur est sous-péritonéale. C'est dans ce cas surtout que l'on est exposé par une incision maladroite à pénétrer non dans la cavité abdominale mais dans le kyste lui-même. On peut pour cette raison être obligé de prolonger l'incision de la peau en haut, au delà de l'ombilic, pour être certain d'arriver à la cavité péritonéale et pour pouvoir s'orienter sûrement.

Après avoir pratiqué une ouverture en ce point, on glisse deux doigts sous la séreuse et on la divise tout en les écartant et en soulevant la paroi abdominale. On peut aussi éventuellement agrandir cette incision en la dirigeant à droite et à gauche ; mais pour la prolonger vers le bas on ne négligera pas les précautions décrites plus haut afin de prévenir toute lésion de la vessie.

Je ne puis assez insister sur ce point ; c'est en observant ces précautions que SCHRÖDER n'a eu à regretter qu'une seule lésion de la vessie. Il s'agissait d'une de ses premières ovariectomies et la vessie était située exceptionnellement haut dans le ventre.

Deuxième temps. — Après l'ouverture de la cavité abdominale, le chirurgien désinfecte de nouveau sa main et l'introduit dans l'abdomen pour s'assurer des rapports de la tumeur avec les parties environnantes, à savoir : les parois abdominales, les intestins, les tissus du bassin et avec l'utérus. Mais si la tumeur est très volumineuse cette exploration n'est possible qu'après la ponction de la tumeur. Si des anses intestinales se glissent dans la plaie, elles seront remises en place au moyen d'une grosse éponge ou d'un linge.

Pour mobiliser la tumeur, il est indispensable de détruire les adhérences qui se présentent, et cette manœuvre est d'ordinaire plus facile avant la ponction de la tumeur qu'après.

On est obligé il est vrai d'opérer avec la main sans le secours des yeux, mais cet inconvénient ne peut être évité d'une manière complète, même après la réduction du volume de la tumeur. On s'aperçoit du reste rapidement si les adhérences se laissent déchirer avec facilité ou non, et s'il importe de s'aider du secours de la vue.

Ce sont principalement les adhérences, étendues en surface, contractées *avec la paroi abdominale* qui se déchirent le plus aisément avant la ponction du kyste. On est d'ordinaire obligé de poser des ligatures sur les adhérences avec l'épiploon, à cause des hémorragies qui suivent leur déchirure. On peut les détacher d'abord avec la main, puis on renverse l'épiploon en haut et on l'étale sur le ventre, pour faire, en cas d'hémorragie, les ligatures nécessaires.

Souvent, on peut constater d'emblée le développement extraordinaire du réseau vasculaire et préjuger de la nécessité de ces ligatures. Il est préférable de mettre un lien double et de couper l'épiploon entre eux afin d'éviter un écoulement inutile de sang hors de la tumeur. En tout cas il importe de faire ces ligatures avec soin et de se souvenir que plus l'épiploon est riche en graisse, plus il est sujet à occasionner des hémorragies secondaires.

Si l'on a soin de ne comprendre dans les fils que de petites portions de tissu, tout en serrant fortement les nœuds, on ne sera pas souvent dans le cas de devoir recourir au procédé compliqué de HEGAR. Ce chirurgien entoure de grandes portions d'épiploon dans de fines ligatures élastiques qu'il serre fortement. Il fixe ces ligatures avec un fil de soie et les abandonne dans le ventre. La compression élastique et continue de ces liens a pour effet de prévenir toute hémorragie secondaire. Je n'ai jamais vu non plus cet accident se produire après l'emploi du procédé beaucoup plus simple que j'ai décrit.

Les adhérences *avec les intestins* sont plus désagréables

et plus difficiles à détruire. A la vérité elles cèdent assez souvent sous une pression modérée du doigt et sans qu'une trop grande effusion de sang s'en suive : mais elles sont aussi parfois très résistantes et réclament beaucoup de prudence. On réussit le mieux à les détacher en appuyant la pulpe du doigt ou une éponge contre la tumeur et en même temps contre l'intestin. Cette précaution est d'autant plus indiquée, que l'intestin, par suite du processus inflammatoire, est fréquemment ramolli et d'autant plus facile à déchirer.

On parvient quelquefois à isoler et à lier avec du catgut les vaisseaux artériels qui donnent du sang. Les hémorragies en nappe provenant de l'intestin donnent lieu à plus de désagréments et de difficultés. Si l'intestin n'est pas trop enflammé, on peut avec une fine aiguille, avec un fil de catgut ou de soie, suturer les endroits qui donnent du sang, — procédé que nous avons souvent exécuté avec succès, — ou bien on comprimera ces plaies pendant quelque temps avec une éponge jusqu'à ce que le sang soit arrêté. MARTIN recommande d'appliquer de l'essence de térébenthine. On emploie aussi la liqueur de sesqui-chlorure de fer, ou, comme HEGAR, la chaleur rayonnante d'un thermo-cautère modérément chauffé.

Si les adhérences paraissent dès l'abord trop solides et trop étendues on pourra, ainsi que je l'ai recommandé pour les myomes, et comme OLSHAUSEN (1) le prescrit, détacher autour de l'adhérence un lambeau annulaire du tissu de la tumeur et le laisser attaché à l'intestin, après avoir enlevé la couche épithéliale, ou l'avoir détruite par la cautérisation. Cela ne peut guère avoir de mauvais résultats.

Les adhérences les plus sujettes à produire des hémorragies sont celles des tumeurs *malignes*. Toutes les précautions voulues seront donc prises avant de les déchirer dans une forte étendue, car l'hémostase en est difficile à obtenir. Occasionnellement même ces adhérences peuvent être si solides,

(1) *Klinische Beiträge für Gynécologie*, 1884, p. 51.

que le décollement en devient impossible à cause des lésions de l'intestin et des hémorragies incoercibles qui se produisent inévitablement. SCHRÖDER a rencontré un cas semblable, dans lequel l'ablation de la tumeur fut impossible.

Les tumeurs *dermoïdes* donnent aussi lieu à de grandes difficultés, car elles sont d'ordinaire compliquées d'adhérences très résistantes. Dans une ovariectomie pratiquée par SCHRÖDER à cause de la décomposition putride de la tumeur, la déchirure des adhérences produisit une lésion des gros vaisseaux du bassin, et la malade mourut d'hémorragie sur la table à opération.

Si par suite de péritonite récente occasionnée par une torsion du pédicule par exemple, ou par la rupture d'un kyste il est indiqué de procéder à une opération immédiate, on trouvera ordinairement peu de difficultés à détruire les adhérences, mais on risque de produire des hémorragies parenchymateuses abondantes. Celles-ci néanmoins s'arrêtent assez rapidement par une compression suffisamment prolongée et faite de préférence avec une éponge.

Le décollement des adhérences *du petit bassin* est aussi très malaisé, et ne devient même souvent possible, en cas de tumeur de grande dimension, qu'après avoir ponctionné celle-ci, afin d'avoir accès à l'endroit voulu. Au moyen de pinces appropriées, on tire ou on fait tirer sur la tumeur de façon à tendre les adhérences avant de les déchirer. Souvent l'opérateur se trouve obligé de glisser toute la main sous la tumeur dans le petit bassin pour pouvoir séparer les tissus, de sorte que le contrôle des yeux fait entièrement défaut. Il importe de ne pas confondre alors les tumeurs sous-péritonéales avec les kystes compliqués de larges adhérences ; sinon on court risque de déchirer le péritoine et d'augmenter ainsi les dangers de l'opération. Cette erreur est surtout à redouter quand il existe des connexions étendues avec les ligaments larges. Plus on détruit soigneusement ces adhérences

plus facile sera la ligature et la section du pédicule. Autant que possible, il faut toujours éviter de faire la section des adhérences avec le bistouri et les ciseaux, car on provoque ainsi une hémorragie plus abondante. Ce n'est que dans le cas de brides presque solides, en forme de cordes, et qui d'ordinaire ne sont pas très vasculaires, qu'on emploie l'instrument tranchant, pendant qu'on tend ces brides avec les doigts. En prévision d'accident fâcheux il sera bon néanmoins d'y mettre au préalable une ligature.

Ayant ainsi détruit les adhérences, et constaté les rapports anatomiques de la tumeur avec les parties voisines, le chirurgien tâchera de diminuer le volume par l'évacuation du liquide qu'elle renferme, afin de pouvoir l'extraire par la plus petite ouverture possible des parois abdominales. Les inconvénients d'une grande plaie ne sont à mon avis pas très graves, et on ne doit pas hésiter à agrandir l'incision en cas de nécessité, mais jamais au delà de ce qu'exigent les dimensions de la tumeur. Ordinairement on fait à la partie du kyste qui se présente et au moyen du bistouri, une incision plus ou moins grande selon l'occurrence. Si la collection liquide est très considérable, l'usage d'un trocart simple, muni d'un tube en gomme élastique est très indiqué. En vertu de la pression abdominale ordinairement augmentée, le liquide sortira en jet puissant. Pour prévenir le retrait du kyste dans la cavité du ventre, il convient de le saisir avec une pince de NÉLATON ou de MUZEUX et de l'attirer au dehors, tandis que de l'autre main on déprime l'abdomen au dehors.

En cas de kystes *multiloculaires*, la ponction d'un seul kyste ne suffit ordinairement pas. On en ouvrira d'autres en traversant la cavité du premier afin d'éviter autant que possible l'écoulement du liquide dans l'abdomen. Si la tumeur par suite de la sortie du liquide revient fortement sur elle-même, et s'il n'existe plus d'adhérences, elle obéira facilement aux tractions.

Après avoir garanti les intestins au moyen d'une grosse éponge, on ferme la cavité du péritoine en rapprochant les bords de la plaie abdominale derrière la tumeur et on procède à la *ligature* et à la *section du pédicule*. Mais il arrive assez souvent qu'en cas de kyste composé de petits kystes solides, on ne parvienne pas à en diminuer le volume par la ponction et qu'on se voie obligé d'extraire une masse volumineuse. On l'amènera alors peu à peu dans l'ouverture de la plaie par son plus petit diamètre. Dans tous les cas, avant de tirer la tumeur au dehors, l'opérateur doit détruire les adhérences avec les tissus du petit bassin, auxquelles il n'a pu avoir accès avant la ponction de la tumeur.

Troisième temps. — On procède ensuite, tout en fermant provisoirement la plaie abdominale de la manière déjà décrite, au troisième temps de l'opération, c'est-à-dire à la *ligature* et à la *section du pédicule*. Je ne mentionne ici que comme un fait historique, appartenant au passé, l'usage du clamp et la fixation du moignon du pédicule dans la partie inférieure de la plaie de l'abdomen. La méthode consistant à abandonner le moignon dans la cavité péritonéale est si simple, et a donné tant de succès que tous les autres procédés sont tombés en désuétude.

Depuis SPIEGELBERG et WALDEYER (1), l'on a reconnu que les tissus ligaturés abandonnés dans l'abdomen ne donnent lieu en général à aucune suppuration, grâce aux propriétés spéciales du péritoine, mais que ces tissus continuent à être nourris et qu'en outre la séreuse tolère la présence de tout corps étranger pourvu qu'il soit aseptique ; aussi la méthode intrapéritonéale a-t-elle détrôné toutes les autres. Une seule précaution est nécessaire, celle d'obvier à une hémorragie secondaire du moignon. On ne s'aperçoit en effet de cet accident que lorsqu'il est trop tard pour y remédier ; en outre, il

(1) *Virchow's Archiv.*, Bd. 44, p. 69.

est toujours désagréable d'être obligé de rouvrir l'abdomen. La ligature devra donc être suffisamment serrée et placée de façon à ce que les tissus par leur rétraction ne puissent s'en dégager.

C'est pourquoi, une ligature *en masse* n'est suffisante que pour les pédicules très minces. Le péritoine est très lisse et les tissus par leur retrait se dégagent aisément de leurs liens. Si donc le pédicule est large, il faudra plusieurs ligatures partielles. On ne reculera jamais devant l'une de ces ligatures multiples, d'autant plus que la vie de la malade en peut dépendre. Nous employons toujours des fils de soie anglaise tordue qui est très solide, ne glisse pas, et ne se casse pas si l'on fait un nœud correct.

Dans le cas où l'on ne met pas plus de deux ligatures, on fera usage d'une aiguille de DESCHAMPS munie d'un fil double de longueur suffisante. Le pédicule sera traversé par son milieu, on attire l'anse du fil, on la coupe, et l'aiguille étant retirée, on fait la ligature des deux côtés mais sans croiser les fils. Pour toutes les ligatures dans la cavité abdominale nous faisons usage depuis longtemps et exclusivement d'aiguilles à manche et légèrement émoussées. On les conduit plus sûrement à travers les tissus que celles fixées dans un porte-aiguille. Elles ont en outre l'avantage de ne pas léser aussi aisément les vaisseaux, et même les doigts, si on est obligé de se servir de ceux-ci comme conducteurs. Si le pédicule exige plus de deux ligatures, on les place successivement en réintroduisant chaque fois l'aiguille dans l'ouverture de sortie précédente afin d'être bien certain d'embrasser tous les tissus (1).

Comme la trompe est souvent assez éloignée du moignon, il sera bon de l'attirer et d'y mettre une ligature à part. Si le pédicule est court et large, on placera toutes les ligatures avant de nouer la première, pour ne pas augmenter la ten-

(1) Consulter WALLICH. *De la ligature en chaîne*, G. Steinheil, Paris, 1889.

sion des tissus par une constriction partielle ; ou bien on coupe les tissus à mesure qu'on les a liés. Cette section *partielle* du pédicule diminue beaucoup la tension des parties qui restent à lier.

Après avoir embrassé ainsi ce pédicule en entier au moyen de ligatures partielles et en prenant bien soin que les nœuds aient été suffisamment serrés, on le coupe à 1 centimètre environ au-dessus des fils au moyen du bistouri ou des ciseaux. Avant de faire cette section on glissera sous la tumeur une éponge pour empêcher le sang de couler dans l'abdomen. En même temps on fait saisir le moignon par les fils des ligatures afin d'en prévenir le retrait brusque au fond de la cavité abdominale. Si la chose est possible on laissera toujours un bon centimètre de tissu au-dessus des ligatures, pour éviter que celles-ci par suite de la rétraction de ces tissus, ne viennent à glisser et à abandonner le moignon. Cet accident s'est produit jadis plus d'une fois.

Pour obvier encore plus sûrement à une hémorragie secondaire, SCHREDER avait l'habitude de lier les gros vaisseaux du moignon séparément. Ce procédé n'offre ordinairement pas de difficulté, puisqu'il ne s'agit que de l'artère spermatique et de la branche de l'artère utérine en communication avec celle-ci et qu'on trouve presque toujours du côté de l'utérus. S'il y a quelque doute sur la perfection des ligatures, on ajoutera un fil supplémentaire au point convenable. Comme il arrive aussi que certains vaisseaux, momentanément comprimés par suite des tractions exercées sur le pédicule, recommencent à donner du sang aussitôt que cette tension cesse, il convient de laisser le moignon reprendre doucement sa place au fond de la cavité abdominale, puis de s'assurer de son état, après quelques instants consacrés à l'examen de l'ovaire sain et des organes du petit bassin. Pour le ramener plus aisément en haut, on laissera les extrémités des ligatures dans l'angle inférieur de l'incision abdominale.

Dans le cas où le pédicule est *peu accessible*, et la tumeur volumineuse, difficile à manier, on facilitera l'opération en saisissant le pédicule avec une forte pince, comme celle dont se servait SPENCER WELLS, et au-dessus de laquelle on coupe les tissus. Les ligatures se feront ensuite plus commodément (fig. 132).

Dans certains cas particuliers, on arrive encore plus sûrement au but en mettant préalablement une ligature élastique sur le pédicule, en la fixant avec la pince et en tranchant ensuite le pédicule *au-dessus* de la ligature. La cautérisation du moignon, telle qu'elle se pratique en Angleterre, est une complication ordinairement inutile. Dans les cas où la trompe de Fallope est enflammée et où l'on soupçonne l'état infectieux



Fig. 132. — Pince clamp de SPENCER WELLS.

de son contenu, j'ai cru bon d'y mettre une double ligature et de la couper entre les fils au moyen du thermo-cautère, après avoir protégé les tissus au moyen d'une petite éponge.

Dès qu'on s'est convaincu qu'il n'y a plus d'hémorragie à redouter, on coupe les fils des ligatures à environ 1 cent. 1/2, et on abandonne le moignon dans le ventre.

Quatrième temps. — Il consiste dans la *toilette de la cavité abdominale*, et dans la fermeture de la plaie. Tout le sang et tout le liquide kystique épanchés dans l'abdomen doivent être soigneusement éponges, et toute la cavité sera doucement essuyée. Dans les opérations non compliquées et quand on a pris la précaution de protéger convenablement au moyen d'é-

ponges ou de linges les organes de cette cavité, il ne sera pas nécessaire de la nettoyer puisqu'elle n'aura pas été souillée, et on pourra procéder immédiatement à l'occlusion du ventre.

Certes, l'utilité et même la nécessité de ce nettoyage, pour enlever les matières pouvant contenir ou nourrir des germes infectieux, ne peuvent être sérieusement contestées, mais il n'en est pas moins vrai que le lavage et le frottement exercés sur le péritoine ne sont pas non plus sans danger. Par suite de la délicatesse de la séreuse, l'épithélium s'enlève aisément. En prolongeant le lavage on s'expose à rouvrir les capillaires et à renouveler une hémorragie déjà arrêtée.

Il importe donc de ne faire usage que d'éponges très douces et de liquides indifférents afin de ne léser le péritoine ni physiquement ni chimiquement. Les solutions concentrées, qui pourraient détruire tout germe infectieux, ne peuvent être employées ici, à cause de leurs propriétés toxiques. A mon avis l'eau stérilisée remplit toutes les conditions voulues. Mais ce liquide est difficile à obtenir, et à conserver en grande quantité. On est donc obligé d'y faire des additions de produits désinfectants, mais celles-ci ne doivent avoir pour but que de maintenir l'eau dans un état d'asepsie complète.

Après avoir enlevé les éponges et les linges placés durant l'opération dans la cavité abdominale et qui sont souvent imbibés de sang et de liquide kystique, on prendra une éponge propre, bien exprimée et on nettoiera soigneusement le petit bassin. Les frictions sur le péritoine sont très douloureuses ; il faut donc que pendant cette manœuvre l'anesthésie soit profonde. On se sert d'un porte-éponge pour nettoyer les endroits profonds derrière l'utérus. Ordinairement cela est simple et facile, mais dans les cas de péritonite générale ou de soi-disant *myxome du péritoine*, il est presque impossible de nettoyer complètement les nombreuses cavités petites ou grandes de l'abdomen. Dans ce dernier cas, l'éponge est impuissante

à enlever les masses gélatineuses qui se reforment sans cesse.

Alors, plus on frotte sur le péritoine et plus cette séreuse active sa sécrétion : le liquide, à mesure qu'il est épongé, se reproduit de plus en plus rapidement et le plus souvent il devient sanguinolent. Je conseille en pareille occurrence de ne pas prolonger ce nettoyage trop longtemps. Il n'est pas possible de le faire d'une manière parfaite et il faut se souvenir en outre que les malades étaient déjà avant l'opération, dans des conditions analogues.

Le péritoine du reste a la propriété de résorber ces liquides aussitôt que la cause de cet épanchement (dans le cas présent, c'est la tumeur) est éloignée. Les suites des opérations démontrent la vérité de ces remarques, puisque la convalescence n'en arrive pas moins avec une rapidité souvent inattendue.

Dès que la cavité abdominale est bien nettoyée et que les éponges reviennent non souillées, on place une nouvelle éponge ou un linge propre sur les intestins et on procède à l'occlusion de la cavité abdominale. Ce temps de l'opération est ordinairement très simple.

De fortes aiguilles, munies de fils de soie, traversent tous les tissus y compris le péritoine à un demi-centimètre environ des bords de la plaie et sont réintroduites en sens inverse de l'autre côté. On commence de préférence par l'angle inférieur de l'incision, et, selon l'épaisseur des parois abdominales, on place les fils à une distance de un demi-centimètre à un centimètre et demi, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'angle supérieur.

Si les parois abdominales sont *minces*, l'aiguille sera enfoncée près du bord, afin d'éviter le renversement des lèvres de la plaie et on mettra les fils à une petite distance les uns des autres. Si au contraire les parois sont *épaisses*, il sera préférable de mettre moins de points de suture, de les faire profonds, et de leur adjoindre des sutures intermédiaires ne

comprenant que les tissus superficiels. Sans ce procédé il n'est guère possible d'obtenir une réunion régulière. En pareille circonstance même, et selon le précepte que j'ai déjà énoncé, je conseille de placer d'abord tous les fils de soie profonds et, avant de les nouer, de réunir superficiellement la plaie avec des fils de catgut.

On employait jadis des méthodes de suture *très compliquées*, dont plusieurs chirurgiens se servent même encore aujourd'hui, et on suturait le péritoine isolément. Jamais, sauf dans des cas tout exceptionnels, nous n'employons ces procédés.

Après le placement de tous les fils, on les fait écarter en haut et en bas, de manière à avoir libre accès dans la cavité abdominale pour enlever l'éponge ou le linge, souillés de sang nouveau par suite des piqûres faites aux parois. Ici le chirurgien doit encore s'assurer par l'introduction d'une éponge nouvelle qu'il n'y a pas d'effusion sanguine au moignon. Il étend ensuite l'épiploon devant les intestins et ferme enfin la plaie en attirant les fils des deux côtés fortement en haut. Appuyant ensuite sur le ventre il fait sortir l'air qui y a pénétré et finalement confie aux assistants le soin de rapprocher les lèvres de l'incision. Il faut faire bien attention qu'aucune anse intestinale, aucune portion d'épiploon ne soit engagée dans la plaie.

On noue les fils en commençant par en haut ou par en bas, en les serrant fortement, et on fait un nœud de chirurgien, par-dessus lequel on en fait encore deux autres. La suture doit être solide pour éviter toute hernie éventuelle ; si l'on redoute cette éventualité on mettra encore des points superficiels supplémentaires ; les fils seront coupés à un centimètre au-dessus des nœuds.

L'opération est maintenant terminée et si elle a été pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie, si la suture est solide et si des complications toutes spéciales ne surviennent,

la plaie guérira rapidement. Il y a peu de lésions chirurgicales qui dès l'abord se trouvent dans d'aussi bonnes conditions de guérison, qui présentent des bords aussi nets, qui peuvent être réunies sans tension des tissus, et qui offrent enfin si peu de probabilité, à part des cas exceptionnels, d'infection secondaire. Par suite de ces considérations, nous pouvons donc renoncer, dans la grande majorité des cas, aux *bandages antiseptiques* si compliqués et si difficiles à appliquer, en ayant soin toutefois que la minime sécrétion de la plaie et le suintement sanguin, qui se produit toujours, soient mis à l'abri de l'action de l'air et qu'aucun germe putride n'y ait accès.

Bien qu'il y ait ici peu de tendance à une infection secondaire, il peut s'établir des suppurations désagréables dans le trajet des fils et des inflammations des lèvres de l'incision.

L'emploi de l'iodoforme est parfaitement indiqué, et nous a donné depuis longtemps de beaux résultats. On saupoudrera donc la plaie avec une poudre antiseptique, soit d'iodoforme *pur*, soit un mélange d'iodoforme avec une poudre inerte. (Je me sers d'un mélange d'iodoforme, d'acide salicylique et de lycopode), et on recouvrira le tout de gaze iodoformée. C'est ainsi que depuis de longues années nous traitons ces plaies. Nous mettons huit couches de gaze et nous les maintenons en place au moyen de bandelettes agglutinatives. La légère sécrétion qui s'établit est absorbée, l'iodoforme empêche toute décomposition ultérieure et la plaie guérit par première intention. Je n'ajoute qu'une seule recommandation : celle d'employer une *grande quantité* de poudre antiseptique.

Ce n'est que dans des cas particuliers qu'on est forcé de renoncer à ce pansement si simple et d'appliquer un *bandage compressif*. Ce dernier est indiqué, en premier lieu, quand on juge nécessaire d'exercer une pression continue et prolongée sur tout l'abdomen pour prévenir une hémorragie, et

en second lieu quand la pression intra-abdominale se trouve notablement changée par suite de l'enlèvement d'une tumeur extraordinairement volumineuse. Dans ce cas, en effet, des déplacements considérables de tous les organes de la cavité abdominale peuvent avoir lieu par suite des efforts de vomissement. On doit encore appliquer ce bandage quand les sutures sont tendues à l'excès, soit par suite d'une tympanite intestinale, soit à cause de l'épaisseur exceptionnelle des parois abdominales. L'application du bandage a été décrite, chapitre VII.

Traitement consécutif. — Le traitement consécutif dans les opérations non compliquées est d'ordinaire très simple, et se borne à régler la diététique, afin de prévenir tout vomissement, et tout trouble dans la guérison.

Tant qu'il y a tendance au vomissement, les malades ne devront étancher la soif qui les tourmente qu'avec de petits fragments de glace mis dans la bouche. Je n'ai jamais constaté que les boissons glacées prises *en abondance* fussent favorables ; au contraire, il m'a toujours paru que les patientes supportaient mieux le thé chaud ou froid, qui en somme apaise tout aussi bien la soif. On combat utilement les envies de vomir exceptionnellement persistantes par les injections sous-cutanées de morphine. Si les douleurs sont *vives* nous ordonnons l'opium sous forme de suppositoires.

Dès le 3^e jour après l'opération je permets aux patientes une soupe maigre et du lait, et dès le 5^e jour des viandes légères et des œufs. Le 5^e ou 6^e jour on tâchera d'amener une selle par l'administration d'un laxatif léger ou d'un lavement. Le 10^e jour, les fils seront enlevés et on renouvellera le pansement antiseptique à l'iodoforme.

Je permets ordinairement aux malades de se lever au 14^e ou 15^e jour, et après quatre semaines de reprendre leurs occupations habituelles. Je recommande aussi, en vue de

protéger la cicatrice contre les chocs possibles et les tiraillements, l'usage pendant les premiers mois d'un bandage abdominal approprié.

Complications. — Il peut se rencontrer diverses complications, dans chaque temps de l'opération. D'abord l'*ouverture de la cavité abdominale* peut être accompagnée d'une hémorragie considérable, surtout dans le cas de péritonite récente. En outre, si les adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale sont étendues, ou si le péritoine est refoulé jusque vers l'ombilic, comme cela a lieu souvent dans le cas de tumeur sous-séreuse, l'ouverture de la cavité péritonéale peut offrir de sérieuses difficultés. On se voit obligé parfois dans ces circonstances de prolonger l'incision au delà de l'ombilic pour pouvoir pénétrer dans la cavité abdominale proprement dite.

Dans un cas d'adhérences très étendues de la tumeur avec la paroi abdominale, par suite desquelles il n'y avait pas de limite reconnaissable entre les deux, SCHULTZE pénétra directement dans la tumeur et opéra la séparation en tirant sur la paroi de la tumeur.

L'*extraction de la tumeur* peut aussi être aggravée par l'existence d'adhérences multiples, par le grand volume de la tumeur, surtout si elle est multi-loculaire, par certaines conditions défavorables du pédicule, et enfin quand la suppuration s'est déjà établie.

Pour la destruction des adhérences, le seul parti à prendre est de les déchirer avec le bord de la main posée à plat sur la tumeur, ou de mettre d'abord une ligature sur celles qui sont très vasculaires. Si ce procédé est rendu impossible par les rapports anatomiques, on détache d'abord, puis on saisit la partie saignante avec une pince de PÉAN et on lie avec un fil de soie ou de catgut.

De sérieux obstacles peuvent aussi se présenter quand les

tumeurs sont en tout ou en partie *sous-séreuses*, parce qu'en ce cas il n'existe presque pas de pédicule. Ces obstacles peuvent être fort variables d'après le plus ou moins de solidité de la réunion avec le tissu cellulaire du petit bassin. On ne peut guère réussir à faire l'énucléation que par le procédé déjà décrit pour les myomes sous-séreux, c'est-à-dire en fendant la partie du péritoine qui les recouvre, ce qui permet de pénétrer dans le petit bassin et de faire l'énucléation. Le tissu de la séreuse se reconnaît au fin réseau vasculaire qui rampe à la surface, et qui autrement fait défaut, et à sa mobilité sur la tumeur; on y trouve rarement de grosses veines. En ce cas, il faut poser deux ligatures et inciser dans l'intervalle. On agira de même pour les annexes de l'utérus quand elles présentent un obstacle à la manœuvre.

Après ces préliminaires, on incise largement le péritoine et on glisse la main entre la séreuse et la tumeur pour opérer l'énucléation. La manœuvre sera plus facile si la tumeur reste intacte. On s'efforcera donc de ne l'ouvrir que le plus tard possible. Plus elle est située profondément dans le petit bassin, plus cette manœuvre rencontrera de difficultés. Elle est quelquefois même impossible à cause du volume et de la forme de la tumeur qui ne permettent pas à la main de pénétrer dans le petit bassin.

En outre les parois de certains néoplasmes, surtout les papillaires, sont *très minces* et se déchirent sous des pressions ou des efforts manuels même peu énergiques. Cet accident est toujours désagréable, car on ne peut bien isoler la tumeur que si les parois en sont tendues. Si on veut obtenir cette tension par des tractions exercées sur les parois du sac, on ne réussira guère que partiellement, à cause justement de cette friabilité des tissus.

Le moyen le plus efficace consiste à saisir et à tirer sur la tumeur avec une pince de NÉLATON. Malgré tout, c'est une

manœuvre souvent fort laborieuse que celle de glisser la main sous ces tumeurs jusque dans le petit bassin. Il n'est pas rare en outre de rencontrer de gros vaisseaux qu'on se voit forcé de lier après avoir soulevé le fond de la tumeur avec une pince à crochet. Il est absolument nécessaire qu'aucun débris de néoplasme papillaire ne soit abandonné dans l'abdomen, sous peine de donner presque infailliblement lieu à une infection du péritoine.

La séparation entre les kystes sous-séreux et les parois utérines est parfois aussi très malaisée, ainsi que le traitement des plaies qui en résultent. Comme nous l'avons déjà dit en traitant des transformations anatomiques, ces kystes ont fréquemment de larges connexions avec l'utérus. Ils peuvent l'élargir, le déplisser et présenter avec cet organe des adhérences extraordinairement étendues. Il y a même des cas, — et j'en ai opéré un semblable, — où l'utérus envoie des faisceaux musculaires jusque dans la tumeur, enveloppant celle-ci comme d'une capsule, de manière que les deux tissus sont enchevêtrés l'un dans l'autre.

Dans d'autres circonstances, le développement du kyste se fait devant ou derrière l'utérus, et le péritoine qui recouvre cet organe est soulevé et détaché, souvent très haut. Il en résulte nécessairement que les adhérences entre la paroi utérine et la tumeur sont difficiles à détacher et que le traitement de la plaie saignante de la matrice est très compliqué. Par suite de l'enchevêtrement des tissus et de l'épaisseur de la capsule, l'énucléation de la tumeur exige alors le déploiement d'une force assez considérable et il se produit infailliblement une grande effusion de sang, de manière qu'on peut être forcé de lier les brides une à une et de les couper successivement. Ce travail ne s'opère pas sans difficultés, car les adhérences occupent souvent une grande partie de l'utérus. Celui-ci peut, sur un tiers ou sur la moitié de sa surface, être privé de son enveloppe séreuse, de sorte que la

surface saignante est très étendue et l'hémorragie considérable.

Le meilleur parti à prendre dans le cas où il y a de larges surfaces saignantes privées de séreuse, est de réunir les bords des plaies avec du catgut. L'aiguille doit être poussée à plat sous la plaie et les fils seront fortement serrés. Cette suture pourra être continue ou à points séparés. On peut de la même manière suturer les larges plaies saignantes de la surface utérine.

Quand la chose est possible (ce qui est ordinairement le cas, vu la grande élasticité du péritoine) on recouvrira la surface dénudée de l'utérus avec des lambeaux décollés ou libres de cette séreuse, afin de restituer à cet organe son enveloppe péritonéale; SCHRÆDER a de cette façon et avec succès fermé des plaies considérables du petit bassin.

Dans d'autres cas, surtout quand il n'y a pas d'hémorragie, il suffit de laisser les plaies s'affaisser et se rétracter d'elles-mêmes. Elles diminuent souvent très rapidement par suite de l'élasticité du péritoine et du tissu cellulaire du bassin, mais il est presque impossible d'éviter qu'un peu de sérosité ne s'épanche dans la séreuse et qu'il ne se forme des exsudats; heureusement ils sont promptement résorbés. C'est en des occurrences semblables que l'on doit examiner la question du drainage primitif, soit en perçant les tissus vers le vagin, soit en dirigeant le drain vers l'angle inférieur de la plaie abdominale. Dans les cas peu nombreux où nous avons pratiqué le drainage, nous avons poussé un trocart de OLSHAUSEN jusque dans le vagin et passé dans ce canal un tube en gomme élastique (fig. 133). MARTIN propose d'isoler l'endroit à drainer de la cavité péritonéale en suturant le péritoine au-dessus de la plaie. KALTENBACH recommande le drainage au dehors, tel que nous l'avons décrit en parlant de la myotomie. En résumé, je suis d'avis qu'on ne doit recourir au *drainage* que lorsqu'on présume que le liquide *suspect* d'un kyste

ou d'une des trompes de Fallope s'est épanché dans le ventre, ou bien (ce qui arrive aussi quelquefois) lorsque le pus d'un foyer enkysté s'est inopinément répandu dans la cavité abdominale.

Quant à la « *toilette du péritoine* », nous avons déjà mentionné les difficultés qu'elle peut présenter, — abstraction faite de celles qui résultent de certaines conditions spéciales de la tumeur, — et nous avons enseigné à les surmonter.

Une des complications principales consiste dans les *hémorragies profuses du petit bassin*. La difficulté ne consiste pas seulement à trouver l'endroit d'où vient le sang, mais à arrêter celui-ci. Quand la paroi abdominale présente des condi-

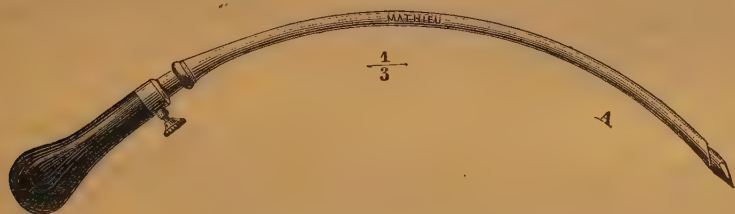


Fig. 133. — Trocart d'OLSHAUSEN.

tions défavorables, il est très malaisé d'exposer à la vue tout le petit bassin à cause de l'intestin grêle qui retombe constamment dans cette cavité. On tâchera donc au moyen de linges et d'éponges de le refouler et de le maintenir en place. L'utérus en outre doit être attiré en avant, soit en saisissant les ligaments avec des pinces à crochets, soit en y passant une anse de fil et en l'attirant en haut. Exceptionnellement même, on peut être forcé de tirer au dehors tout l'intestin grêle et de le placer sur l'abdomen en l'enveloppant d'un linge préalablement chauffé.

Si pendant l'opération il se produit une effusion de sang considérable, on tamponnera provisoirement le petit bassin, de manière à obtenir une pression continue, avec des linges

ou des éponges, qu'on retirera plus tard avec précaution pour ne pas enlever les caillots déjà formés. L'hémorragie est alors arrêtée, ou tout au moins assez fortement diminuée pour ne pas empêcher de continuer l'opération.

Quand il se produit des hémorragies en nappe, il devient presque impossible de découvrir l'endroit précis d'où elles proviennent. Il suffit alors de presser la surface saignante, avec une éponge montée sur une tige ou une pince, puis de la retirer tout d'un coup. On peut alors apercevoir le siège précis de l'hémorragie.

Si cet endroit est limité on saisit les tissus avec une pince de PÉAN ou une longue pince à artères que l'on confie à un aide, pendant qu'on jette une ligature si on le croit nécessaire. Cette manœuvre dans le petit bassin n'est pas facile. Il vaut mieux en général passer sous la plaie une fine aiguille, en ayant soin de ne pas l'enfoncer profondément de peur de léser quelque vaisseau plus important et d'empirer ainsi l'état des choses. Si la surface saignante est très étendue on peut placer plusieurs fils, de préférence en catgut.

Si l'effusion de sang n'est pas très grande, mais néanmoins incessante, on recourra à la compression avec l'éponge qu'on laissera en place jusqu'au moment où les fils de la plaie abdominale auront été introduits (c'est-à-dire jusque vers la fin de l'opération). L'éponge alors sera retirée et l'abdomen rapidement fermé. On appliquera en ce cas un bandage suffisamment serré pour exercer sur le ventre une compression méthodique. Ce procédé nous a donné des résultats satisfaisants.

Si, *sur d'autres points*, il s'est produit une hémorragie importante par suite de la rupture des adhérences, la découverte de la source de cette hémorragie peut offrir encore plus de difficulté. D'ordinaire au moment même de la rupture, l'attention se porte sur les adhérences, parce que l'on se rend compte que telle ou telle bride est comparativement plus ré-

sistante, mais il arrive cependant que l'on doive systématiquement explorer toutes les parties de la cavité abdominale et même éventuellement agrandir dans ce but, du côté de l'ombilic, l'incision primitive. J'ai ainsi pu réussir à trouver, dans certains cas, une source d'hémorragie près du rein droit, et en une autre circonstance près de l'arc costal gauche. Pour arrêter le sang on emploiera les méthodes déjà décrites. Toutefois elles ne sont pas applicables aux *lésions de la paroi antérieure du ventre*. Il est presque impossible de saisir en ce cas les vaisseaux avec une pince, et moins encore de passer une aiguille à l'endroit voulu. Le meilleur moyen consiste alors à pousser une aiguille du dehors à travers la paroi abdominale au point qui correspond à l'origine de l'hémorragie, puis à faire repasser cette aiguille de dedans en dehors et de nouer les fils à l'extérieur sur un petit rouleau de sparadrap, ou sur un petit bâton en ivoire (suture à matelas de HEGAR).

En cas d'absolue nécessité on place plusieurs fils à peu de distance les uns des autres. Dans l'exemple que j'ai cité ci-dessus, d'une hémorragie provenant d'un point situé près de l'arc costal, ce procédé fut le seul qui m'ait permis de me rendre maître de l'effusion du sang.

Dans un autre cas d'hémorragie profuse de la paroi abdominale, SCHREDER dut lier l'artère épigastrique, et moi-même je fus obligé d'agir de même dans un cas semblable.

Dans d'autres circonstances, où il existait un écoulement sanguin profus sur de larges surfaces, près des lèvres de la plaie, nous avons fait usage d'un autre procédé. Avec un fil de soie très fort et double, nous avons traversé la paroi abdominale des deux côtés de la plaie et amené au contact les surfaces internes dans une certaine étendue. Comme dans la suture enchevillée, un petit bâton d'ivoire est passé d'un côté dans l'anse du fil, et celui-ci est fortement noué de l'autre côté sur un bâton semblable (fig. 134). Les surfaces saignantes sont ainsi pressées et comprimées l'une contre l'autre. Si la réu-

nion se fait, les adhérences ne s'en prêtent pas moins à une extension suffisante après que les fils ont été extraits le 5^e ou le 6^e jour.

Cette sorte de suture réussit d'autant mieux qu'on n'est forcé le plus souvent de l'employer que dans les cas de forte distension de la peau de l'abdomen, et que c'est en ces circonstances surtout qu'il se produit des adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale. La pression exercée par ces sutures est très considérable et on agira sagement en plaçant de petits coussins de gaze à l'iodoforme sous les bâtonnets, pour évi-

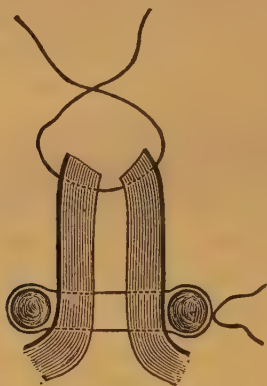


Fig. 134. — Disposition de la suture enchevillée, pour arrêter les hémorragies du péritoine pariétal; (schéma).

ter que ceux-ci ne creusent un sillon trop profond dans la peau.

Une autre complication grave est constituée par les hémorragies à l'intérieur même du pédicule au-dessous des ligatures.

On peut attribuer cet accident à une des causes suivantes sans qu'il soit possible de préciser laquelle : soit au retrait d'une artère dans les tissus jusqu'en dessous des ligatures, soit à la rupture d'un vaisseau par suite des efforts de traction exercés sur le pédicule, soit encore à la lésion d'un vais-

seau par l'aiguille à suture. Je serais tenté de croire à la fréquence de cette dernière cause, car dans ces dernières années, depuis que je fais usage d'une aiguille mousse et que je pratique isolément la ligature des gros vaisseaux du moignon, cet accident ne s'est plus représenté.

Quoi qu'il en puisse être, quand cette complication se produit, on doit traverser de nouveau le pédicule à son centre et faire une nouvelle ligature. Il n'est pas nécessaire de couper le moignon et de le raccourcir pour enlever le sang, car il se résorbe facilement.

Ce qui peut se présenter de plus désagréable est encore de se voir forcé de *renoncer à terminer l'opération*. Les procédés opératoires actuels ont été si perfectionnés que ce cas se présente rarement, mais néanmoins il est possible. Si l'on peut prévoir cette éventualité, il vaut mieux ne pas entreprendre l'ovariotomie, mais il peut arriver que des difficultés inattendues se constatent seulement dans le cours de l'opération. Tel est le cas pour les tumeurs sous-séreuses, ou quand on rencontre des adhérences étendues et indestructibles, et surtout lorsque des productions malignes ont envahi tous les organes voisins. Ce sont là toutes complications qui peuvent décider le chirurgien à ne pas achever son opération.

S'il s'agit d'une tumeur uniloculaire, on peut suivre l'exemple de SCHRÖDER, qui a réuni par des sutures la paroi du kyste à la plaie abdominale, tout en pratiquant le drainage vers le vagin. La guérison s'obtient lentement, mais d'une façon presque certaine; OLSHAUSEN conseille d'abandonner à elle-même la tumeur et de fermer la plaie abdominale. Même si des parties du kyste ont été déchirées, leur présence ne causera pas d'accidents. Éventuellement néanmoins on doit établir le drainage de la manière mentionnée plus haut.

Accidents de la convalescence. — La convalescence ne se

ne passe pas toujours aussi régulièrement que nous l'avons dit. Chez les personnes affaiblies, surtout quand l'opération a donné lieu à une effusion considérable de sang, il se produit une certaine faiblesse du cœur; les patientes sont abattues, deviennent agitées, le pouls est petit, fréquent, et irrégulier. Il est très difficile de distinguer ces symptômes de ceux produits par une hémorragie *secondaire*. En tout cas, il faut contrôler soigneusement le pouls, donner des analeptiques, faire des injections d'éther, de musc et de camphre, administrer des lavements de vin, et s'il n'y a pas de tendance aux vomissements faire boire du vin avec quelques gouttes d'éther.

Si malgré cela, la situation s'empire au lieu de s'améliorer, il n'y a plus d'hésitation possible: il faut, avec toutes les précautions voulues, rouvrir la cavité abdominale. Il suffit de couper d'abord deux points de suture pour examiner s'il y a du sang épanché ou non. Dans un cas opéré par SCHRÖDER, et en son absence, trois heures après l'opération je rouvris l'abdomen, et certainement je sauvai la vie à la patiente. Tout un côté du moignon s'était dégagé de la ligature et une petite artère avait donné du sang en quantité considérable. Je réussis à placer une ligature nouvelle.

Dans une autre circonstance, environ huit heures après l'opération, je crus aussi à une hémorragie interne. Je ne trouvai aucune effusion sanguine dans la cavité abdominale, mais l'intestin grêle était rempli de sang. L'opération avait été des plus simples. L'hémorragie fut probablement occasionnée par une embolie de l'artère mésentérique.

Dans un cas assez singulier mentionné par SCHRÖDER, ce dernier trouva, après la réouverture de l'abdomen, une transsudation séro-sanguine considérable sur la surface du péritoine enflammé. La malade tomba dans le collapsus et mourut bientôt. Une autre fois le même chirurgien, quelques heures après une myomotomie, allant sur l'affirmation de la

garde à la recherche d'une éponge soi-disant oubliée, trouva un épanchement séro-sanguin, auquel on ne découvrit aucune cause appréciable. Il n'y avait eu aucun symptôme objectif. La patiente du reste, se rétablit. Il est probable que ces accidents se produisent assez fréquemment; ils expliquent en quelque sorte la soif vive qui suit les opérations même non compliquées.

Même chez les malades qui ont perdu beaucoup de sang, on peut se départir d'une *diète stricte*, et s'il n'existe pas de vomissements, on donnera des boissons plus fréquentes et des lavements plus souvent répétés.

Il se manifeste fréquemment de la *fièvre* les premiers jours, surtout quand les adhérences déchirées ont été nombreuses et étendues, ou que la péritonite et la fièvre existaient déjà avant l'opération. Dans ce dernier cas, la fièvre tombe au moment de l'opération et disparaît bientôt entièrement.

Il faut surveiller le *pouls* avec une grande attention chez les opérées. S'il demeure normal ou peu accéléré, une élévation de température même assez prononcée n'a guère de signification grave, mais dans le cas contraire l'hyperthermie doit être prise en sérieuse considération.

Les vomissements survenant le 3^e jour accompagnés d'un ballonnement même léger de l'abdomen sont les indices d'une péritonite au début. Si celle-ci se confirme et se généralise, la thérapeutique est ordinairement impuissante, mais il arrive parfois que des cas paraissant désespérés guérissent contre toute attente. Les applications de glace sur le ventre, l'administration de hautes doses d'opium en lavements ou en suppositoires, l'emploi des toniques, voilà les seuls moyens dont nous puissions disposer. Si des vomissements continuels empêchent l'administration des médicaments par la bouche, on donnera des lavements toniques en même temps qu'opiacés. Contre ces vomissements mêmes, on pres-

crit la morphine, et si l'estomac ne tolère absolument rien on met dans la bouche de très petits fragments de glace ou un peu de champagne frappé. S'il survient un *météorisme* un peu considérable on aura recours à la ponction directe de l'intestin ; il en résulte souvent un soulagement instantané.

La *réouverture* de la cavité abdominale, dans le but de la nettoyer et d'enlever les exsudats, n'a jusqu'ici été suivie d'aucun bon résultat. Si l'exsudat inflammatoire s'enkyste ou si une collection purulente se fait jour à l'extérieur (le plus souvent par la vessie ou le rectum), la fièvre diminue ou cesse complètement et l'état général se relève. Le foyer purulent se cicatrise rapidement. Des exsudats considérables peuvent, par un traitement approprié, disparaître aussi promptement et aussi complètement que des exsudats puerpéraux récents.

On abandonne à eux-mêmes les *abcès* des parois abdominales. On peut aussi élargir l'ouverture de sortie et dès que la sécrétion tend à diminuer on accélère la cicatrisation en injectant dans le foyer des solutions de nitrate d'argent. La convalescence est naturellement plus ou moins retardée par ces divers accidents.

Une complication spéciale consiste dans l'inflammation de la *glande parotide*. D'après des relevés récents faits par BUMM, (1) cet accident est rare (on n'en connaît que 17 cas). Mais il faut cependant en tenir compte pour le pronostic, puisque la plupart des malades qui en sont atteintes meurent, et que les autres ont une convalescence pénible.

MÆRICKE a publié 5 cas, qui se sont présentés à la clinique de SCHRÖDER. Depuis lors j'en ai vu un exemple, après une myomotomie. VON PREUSCHEN explique cet accident par la diminution de la pression sécrétoire, qui permet aux ger-

(1) BUMM, Ueber Parotitis nach Ovariectomie. *München. med. Wochenschrift*, 1887, n° 10. — Voir aussi LEBEDEF. *Des inflammations de la parotide après l'ovariectomie*. — Paris, G. Steinheil.

mes infectieux de la bouche de pénétrer par le canal excréteur jusque dans la glande.

Pronostic. — Le pronostic de l'ovariotomie varie en raison des difficultés et des complications que nous avons décrites. Chez des personnes non affaiblies, portant une tumeur sans adhérences et à pédicule bien formé, ce pronostic est favorable, mais il le devient de moins en moins à mesure que les difficultés techniques augmentent.

Le danger principal qui menace les patientes est en première ligne l'infection ; cependant par la pratique bien entendue de la méthode antiseptique, ce danger pour les opérations simples est écarté.

Lorsque cette opération se prolonge anormalement, ou que les lésions apportées aux organes du bas-ventre sont graves, que surtout les plaies du tissu cellulaire du petit bassin sont nombreuses et étendues, le danger s'accroît dans de fortes proportions. On peut objecter que si l'on opère suivant la méthode aseptique, ces plaies doivent guérir et que l'organisme supporte fort bien une intervention aussi grave ; il est de fait que les cas de guérison sont encore en majorité dans ces cas ; mais il est certain aussi que l'asepsie parfaite est alors plus difficile à obtenir, et que les ovariectomies compliquées doivent prendre rang parmi les opérations les plus dangereuses.

Le danger d'infection n'est pas le seul qui menace les malades : les hémorragies graves, l'anesthésie trop profonde et trop prolongée, le choc imprimé à tout le système nerveux par suite des manipulations de longue durée dans l'abdomen, les affections inflammatoires, et les maladies secondaires dans d'autres organes, voilà autant de complications dangereuses qui peuvent atteindre les opérées. Mais il est difficile, même en divisant les malades par catégories, de déterminer la proportion exacte de celles dont le décès doit être

attribué uniquement à ces complications. Il est presque impossible d'écarter toujours avec certitude l'infection. Les statistiques ne sont pas faites spécialement à ce point de vue, de sorte qu'il n'y a guère moyen de faire la part précise de chacun des facteurs ci-dessus. Ce serait chose importante cependant pour établir que, même en employant les méthodes aseptiques les plus complètes, il est impossible de ne pas compter un certain nombre d'issues fatales.

Il faudrait tenir compte aussi de la *nature des cas*. Si un opérateur n'accepte que les patientes qui sont dans de bonnes conditions ou dont la maladie ne soit pas compliquée, il aura naturellement des résultats plus favorables que tel autre chirurgien, qui accepte et opère toutes les malades indistinctement. La proportion des cas heureux variera aussi suivant qu'on considère comme guéries toutes les opérées qui vivent encore le quatorzième jour après l'intervention, ou suivant qu'on ne s'arrête pas à ce terme. Bien des opérées succombent en effet à des affections survenues après cette époque.

Statistique. — Pour les raisons que je viens d'énoncer, les statistiques publiées ne peuvent s'accepter qu'à la condition d'en contrôler les détails. La proportion plus ou moins élevée des décès ne doit donc pas être attribuée uniquement aux procédés plus ou moins parfaits d'antisepsie.

Une statistique générale et complète est d'ailleurs impossible, à cause de l'extension qu'a prise l'ovariectomie. J'extrais des ouvrages de OLSHAUSEN les résultats obtenus par les chirurgiens les plus renommés et aussi les plus expérimentés. J'y joins la statistique des cas opérés par SCHROEDER, ainsi que par moi-même. Ces derniers ne sont pas très nombreux, mais ils comprennent un grand nombre d'opérations compliquées.

SPENCER WELLS.....	1000	cas	et	768	guérisons
KEITH.....	381	»	»	340	»
KOEBERLÉ.....	306	»	»	231	»
THORNTON.....	423	»	»	383	»
LAWSON TAIT.....	405	»	»	372	»
OLSHAUSEN.....	293	»	»	266	»
SCHRÖEDER.....	658	»	»	575	»

Il ne m'est malheureusement pas permis d'examiner ici en détail les conclusions, intéressantes de tout point, qu'on peut tirer de la statistique de SCHRÖEDER. Ce travail m'éloignerait du but de cet ouvrage. Je me contenterai de quelques remarques d'ensemble: SCHRÖEDER (1) lui-même a rapporté dans un mémoire ses trois cents premières opérations; au point de vue des tumeurs malignes, E. COHN a publié un travail très soigné et que j'ai déjà mentionné page 345. Mais il ne sera pas sans intérêt de faire connaître le chiffre de la mortalité par chaque série de cent opérées de SCHRÖEDER.

1 à 100.....	17	décès
100 à 200.....	18	»
200 à 300.....	7	»
300 à 400.....	16	»
400 à 500.....	7	»
500 à 600.....	7	»
600 à 658.....	11	»

Je mentionne ici que sur les 350 dernières opérations, l'infection n'intervint que pour une petite proportion dans le chiffre des décès. Ceux-ci reconnurent pour cause, en grande partie, les accidents signalés plus haut et qui sont inévitables, dans une certaine proportion, après des opérations compliquées. Le chiffre élevé de onze décès pour les 58 dernières ovariectomies doit être attribué à des causes de ce genre. Dans la cinquième et sixième série, il y a eu 20 et jusque 40 gué-

(1) *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1882, n° 16.

risons successives. A partir de la 38^e j'ai eu occasion de suivre toutes ces ovariectomies et d'assister en personne au plus grand nombre.

Jusqu'ici j'ai pratiqué moi-même 54 opérations avec 9 succès. J'en compte 30 pour des tumeurs simples, 9 pour des tumeurs sous-séreuses, 6 pour des kystes-dermoïdes; 9 cas ont présenté de graves complications.

Parmi les 30 premiers cas, il y a eu 8 tumeurs doubles, 1 pseudomyxome, 2 tumeurs de dimensions colossales, 3 tumeurs malignes et plusieurs tumeurs présentant des adhérences considérables.

Parmi les 9 tumeurs sous-séreuses, il y en a eu 2 doubles, 2 cas très compliqués de tumeurs simples, 1 tumeur maligne.

Parmi les 6 tumeurs dermoïdes, il y a eu 2 tumeurs doubles et deux cas compliqués.

Parmi les 9 dernières, je trouve une tumeur suppurée chez une femme *enceinte*, 2 fois une péritonite généralisée par suite de torsion du pédicule, dont une chez une femme *enceinte*, et l'autre chez une femme en couches, 1 cas d'hémorragie par suite également de torsion, un enchondrome énorme chez une femme en couches et les autres fois des adhérences très solides. Il y eut 4 décès sur les 30 premiers cas, 2 pour le second groupe et 3 pour le dernier.

Les résultats des opérations faites *pendant la grossesse* méritent une mention spéciale. D'après les relevés d'OLSHAUSEN, on possède des renseignements sur 82 ovariectomies de ce genre dont 8 furent suivies de mort. Parmi ces opérations, il y en eut plusieurs pratiquées avant l'introduction de la méthode antiseptique et quelques autres furent très compliquées. Sur 36 ovariectomies faites par SCHRÖDER (12) OLSHAUSEN (8), SPENCER WELLS (10) LAWSON TAIT (6), il n'y en eut qu'une seule suivie de mort.

Postérieurement, SCHRÖDER en a pratiqué encore 4, ce qui constitue pour sa part, 16 opérations pendant la grossesse

et toutes avec succès. Dans la dernière, il enleva les deux ovaires en même temps qu'une tumeur dermoïde. Moi-même j'ai fait deux ovariectomies dans ces conditions, la première nécessitée par une péritonite généralisée occasionnée par une torsion du pédicule, entre le 5^e et 6^e mois de la gestation. La tumeur avait subi un commencement de nécrose. Les vaisseaux étaient oblitérés, et la trompe de Fallope accolée à la tumeur était de couleur noir bleue et de la grosseur d'un bras d'enfant. Les suites furent heureuses et la grossesse suivit son cours.

La seconde patiente présentait une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Je rencontrai des adhérences tout à fait inattendues et très résistantes avec le cœcum et le péritoine du petit bassin. Pendant la manœuvre d'énucléation, la tumeur se rompit et son contenu purulent, horriblement fétide, se répandit dans l'abdomen. Dans l'impossibilité où j'étais de nettoyer la cavité abdominale et de lier la tumeur, avec quelque certitude, dans les profondeurs du petit bassin, je fus obligé d'attirer l'utérus hors du ventre. La 3^e nuit après l'opération l'avortement eut lieu. Immédiatement il se produisit de la fièvre. Le 10^e jour il sortit par l'angle inférieur de la plaie abdominale un exsudat d'une fétidité extraordinaire. Le 14^e jour la malade tomba dans le collapsus et succomba le 17^e jour à une péritonite généralisée.

Abstraction faite de ce cas malheureux et exceptionnel, les résultats généraux sont si avantageux qu'ils permettent d'établir un pronostic très favorable pour les ovariectomies pratiquées pendant la grossesse. Il y a donc avantage à ne pas retarder l'opération ; les indications consistent dans les dangers qui surviennent pendant l'accouchement, et dans la nécessité inéluctable d'une opération postérieure.

Je n'ai pas le projet de discuter ici toutes les suites possibles de l'ovariectomie. Je m'en réfère sous ce rapport à l'ouvrage d'OLSHAUSEN.

En faisant abstraction de certains cas particuliers et des affections malignes, il est permis de dire que par une ovariectomie pratiquée avec succès, les malades sont délivrées d'une cause de souffrances et de dangers, et que l'opération a d'autant plus de chances de réussir qu'elle est pratiquée *plus tôt*, enfin qu'une ovariectomie simple ne constitue plus de nos jours une opération grave.

La possibilité d'une hernie abdominale est commune à toutes les laparotomies. Une suture soigneusement faite, un bandage bien approprié sont les moyens à employer pour prévenir cet accident ou en atténuer les inconvénients.

L'indication de pratiquer une *seconde ovariectomie* sur la même patiente peut naturellement se présenter, au cas où le deuxième ovaire devient malade. Cette occurrence est rare comparativement à la fréquence des tumeurs ovariennes en général. En suivant le précepte donné jadis par SCHRÖDER et consistant à abandonner dans la cavité abdominale les restes des tumeurs sous-séreuses qu'on n'a pu enlever entièrement, nous avons constaté des récidives, et nous avons même opéré des cas semblables. SCHRÖDER a du reste abandonné cette méthode. Quoi qu'il en soit, cette deuxième opération ne présente pas moins de garantie que la première.

Si, chez une femme qui n'a pas atteint l'âge critique, on trouve le deuxième ovaire dans un état, qui bien qu'anormal ne présente pas encore avec certitude de prédisposition à un néoplasme, bien qu'on puisse se trouver obligé de pratiquer plus tard une ovariectomie nouvelle, je conseille de ne pas enlever ce deuxième ovaire, pour ne pas rendre la patiente irrémédiablement stérile.

La décision à prendre est plus délicate dans le cas où le second ovaire est partiellement envahi. Dans une circonstance, où avant de permettre l'ovariectomie, on avait posé pour condition que la faculté de concevoir ne fût pas anéantie, SCHRÖDER trouva dans le second ovaire un petit kyste der-

moïde. Il prit le parti d'extirper ce kyste seul et de suturer la plaie ovarienne. Cette manière d'agir s'est trouvée dans la suite parfaitement justifiée puisque 4 ou 5 ans après l'opération, cette femme eut une grossesse normale.

Depuis lors ce chirurgien a pratiqué quatre fois la *résection de l'ovaire* (1) chez des femmes jeunes présentant des affections des deux organes, avec un succès presque constant.

Les grossesses survenant après l'enlèvement d'un des ovaires suivent presque toutes leur cours normal, ainsi que l'accouchement. J'ai pu m'en convaincre dans un grand nombre de cas. Mais comme la cicatrice abdominale subit nécessairement un amincissement et une extension considérables, la femme devra porter pendant toute sa grossesse un bandage bien approprié.

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XI, p. 360.

Voir aussi : AUGUST MARTIN, Ueber partielle Ovarien und Tubenextirpation. *Volkman's Vorträge*, no 343, (N. d. T.)

§ 21. — De la castration.

Définition. — Par le mot *castration*, en opposition avec celui d'*ovariotomie*, on entend l'extirpation des deux ovaires, — sains ou malades, — dans le but d'obtenir directement ou indirectement certains effets curatifs par suite de la suppression de l'ovulation et de la menstruation. Cette définition est conforme à celle donnée par MARTIN, SCHRÆDER et OLSHAUSEN, mais non à celle de HEGAR qui réserve le nom de *castration* à l'extirpation des ovaires, pourvu qu'ils ne soient pas transformés en tumeur d'une façon appréciable.

Je ne veux pas développer ici toutes les raisons pour lesquelles je tiens la première définition pour plus juste que la seconde, je m'en réfère à ce que disent sur ce sujet MARTIN (1) SCHRÆDER (2) et OLSHAUSEN (3). La différence essentielle entre les deux opérations est très bien indiquée par les auteurs. Par l'ovariotomie on enlève l'ovaire malade, nécessairement malade et *parce qu'il est malade* ; par la castration on extirpe par principe les deux ovaires, afin d'amener des changements, soit dans l'utérus et les organes génitaux, soit aussi dans toute l'économie. A ce point de vue il importe donc peu que ces organes soient sains ou malades, car le but principal consiste à obtenir des effets indirects et secondaires.

Pour ce motif il est nécessaire d'extirper les deux ovaires, et cette nécessité fait très bien comprendre la différence fondamentale entre l'ovariotomie et la castration. Par la définition de HEGAR (4) on laisse trop de latitude à la dénomina-

(1) *Realencyklopedie d. ges. Heilkunde*, II Aufl. Die Castration der Frauen.

(2) Ueber die Castration bei Neurosen. *Zeit. f. Geb. und. Gyn.*, Bd. XIII.

(3) *Loc. cit.* chap. 48.

(4) HEGAR et KALTENBACH. *Gynécologie opératoire*, § 55 et suiv.

tion de certaines opérations, puisque selon lui la seule marque distinctive de l'ovariotomie est l'existence d'une tumeur déjà considérable, sans qu'il soit possible de préciser davantage. HEGAR (1) commet aussi une erreur quand il soutient que la définition de SCHRÖDER implique l'état de maladie des ovaires. SCHRÖDER (2) n'a jamais avancé semblable chose. Il a dit, au contraire d'une façon expresse : « Il est clair qu'il est complètement indifférent que les ovaires soient *sains* ou *malades* ».

Sans vouloir contester la priorité de la définition de HEGAR, nous dirons qu'en tout cas ce n'est pas une raison de la maintenir quand il s'en produit une meilleure. L'analogie entre la nomenclature de la médecine vétérinaire et celle de la médecine humaine ne constitue pas non plus à mon avis une raison suffisante. La première n'a pas la notion exacte de l'« ovariectomie », de la « salpingotomie », etc. De deux choses l'une, ou bien il faut appeler castration toute opération pratiquée sur l'ovaire, ou bien il faut chercher à différencier les diverses opérations par des définitions plus précises. Je ne puis admettre que la dimension plus ou moins grande d'une tumeur suffise à elle seule pour établir cette différenciation.

Indications. — La castration dans le sens où je l'entends est une opération entièrement moderne. Nos connaissances anatomiques et physiologiques concernant l'ensemble des fonctions de l'ovaire, et plus encore celles concernant les relations de l'ovaire avec les changements pathologiques des autres organes génitaux et de tout le système nerveux, sont encore très imparfaites. Il s'en suit que les indications de la castration ne sont pas nettement définies. Il n'est pas contestable non plus que les divers auteurs varient encore entre eux sur le principe même de l'opération.

(1) Zur Begriffsbestimmung der Castration, *Centralbl. für. Gyn.*, 1887.

(2) *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 13, p. 327.

Sans refaire ici l'histoire de cette opération, je rappellerai qu'elle a été pratiquée en 1872 et à peu près en même temps par HEGAR, LAWSON TAIT et BATTEY. C'est le premier de ces chirurgiens qui par ses travaux en a établi scientifiquement les indications et le premier a démontré les résultats si importants de la castration dans les cas de myomes (1).

Voici les indications spéciales qui de nos jours autorisent à entreprendre la castration. Je les énumère rapidement.

1° Les vices de conformation, ou les maladies invétérées de l'utérus, qui rendent la menstruation et la conception impossibles, tandis que l'ovulation persistante amène des désordres graves.

2° Les conditions pathologiques de l'utérus qui sont accompagnées d'hémorragies graves, en rapport avec l'activité fonctionnelle des ovaires.

3° Les processus oophoritiques, ou péri-oophoritiques (tubaires ou péri-tubaires) entretenus ou aggravés par l'activité des ovaires.

4° Les névroses graves qui semblent liées au processus de l'ovulation ou qui en dépendent.

Ces indications pour être bien comprises réclament des explications claires et plus détaillées. Les auteurs les comprennent de diverses manières; HEGAR par exemple, les rattache toutes à ce principe: qu'en toute circonstance, il doit exister un processus pathologique des organes génitaux, et il rapporte aux ovaires beaucoup d'affections dont la signification pathologique n'est pas encore déterminée. SCHRÆDER, OLSHAUSEN, et d'autres attribuent plus de valeur au rapport qui existe entre les symptômes *cliniques* et l'ovulation et attachent moins d'importance à l'état anatomique des ovaires ou des autres organes génitaux. Pour mon compte, je me rallie à cette dernière opinion, et je pense que la constatation

(1) Voir OLSHAUSEN, *loc. cit.* et HEGAR, Die Kastration der Frauen, *Volkmann's Vortrage*, n° 42 (Gynécologie),

de légères anomalies anatomiques ne suffit pas à l'établissement d'une indication précise.

Il y a quelques remarques à faire sur les indications que nous venons de formuler.

1°. — Les altérations congénitales des organes génitaux, coïncidant avec la persistance de l'activité ovarique, quand celle-ci cause des troubles graves pour l'économie entière, appartiennent surtout à un groupe d'affections (hématomètre, hématokolpos) qui peuvent réclamer des opérations de nature fort diverse (1). Dans certains cas rares, l'enlèvement des ovaires semble devoir être préféré (2). Il y a peu d'exemples dans la littérature médicale, de castrations pratiquées pour incapacité fonctionnelle de l'utérus, accompagnée d'ovulation persistante. Je puis pour ma part y ajouter un fait nouveau.

Chez une patiente, toute la couche interne de l'utérus s'était nécrosée pendant les couches, de sorte qu'il ne restait plus de cet organe qu'un petit rudiment solide. La dysménorrhée était intense, et durait depuis de longues années. L'état de la malade empirait sans cesse, je dus me décider à enlever les deux ovaires, pour mettre fin à ses souffrances.

2°. — Les indications comprises dans la deuxième catégorie se présentent surtout quand l'utérus est affecté de myome, quelquefois aussi quand il existe d'autres hyperplasies de cet organe. Ces productions subissent, par la suppression de l'activité ovarique, une métamorphose régressive.

Bien que d'après les recherches de WYDER (3) et de VON CAMPE (4) il ne soit pas douteux que les myomes causent certains changements pathologiques de la muqueuse utérine analogues à ceux de l'endométrite chronique, et que le pro-

(1) Voir §§ 2, 5 et 9.

(2) Voir les statistiques d'OLSHAUSEN et de HEGAR.

(3) *Arch. f. Gyn.*, Bd. 13 et 29.

(4) *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. X, p. 356.

cessus hémorragique dépende en première ligne des conditions de cette muqueuse, il n'en est pas moins établi par l'expérience pratique que la cessation des fonctions ovariennes entrave non seulement le développement de la plupart des myomes, mais amène en outre leur transformation régressive. Les hémorragies s'arrêtent presque toujours immédiatement après l'opération.

Toutefois un grand nombre d'observations portent à croire que la métamorphose régressive des myomes, de même que l'ovulation, proviennent en partie de la diminution dans l'apport du sang, laquelle succède nécessairement à la ligature de l'artère spermatique et des vaisseaux du ligament large; SCHROEDER insiste surtout sur cette considération, qui a été mise en avant aussi par HEGAR (1). Ce dernier a même proposé de provoquer l'atrophie des ovaires par la simple ligature de ces vaisseaux; je suis d'avis cependant qu'il n'y a pas lieu de se contenter de cette opération, dont le résultat est encore beaucoup plus incertain que celui de la castration; celle-ci est suivie, au moins dans la majorité des cas, d'une diminution plus ou moins accentuée de la tumeur, et de la suppression des hémorragies. C'est là un fait constaté aujourd'hui par l'expérience.

Il est plus difficile d'établir à l'avance et d'une façon précise dans quels cas il faut préférer la *castration*, et dans quels autres la *myomotomie*. C'est justement dans les circonstances où cette dernière donne les plus mauvais résultats, c'est-à-dire en cas de tumeur volumineuse et surtout de tumeur développée dans les tissus du bassin, que la castration échoue aussi le plus souvent. Avec des conditions favorables, la myomotomie n'est guère beaucoup plus dangereuse et elle offre l'avantage d'enlever radicalement le mal.

Je me range il est vrai à l'opinion de HEGAR (2) qui dit que

(1) ANTAL. *Centralbl. f. Gyn.*, 1882, n° 30.

(2) *Loc. cit.*, p. 378.

le seul but à atteindre est la suppression de l'hémorragie et le retrait de la tumeur, et qu'il faut donner la préférence à celle des deux opérations ci-dessus qui atteint ce résultat avec le minimum de danger; or la castration est loin d'être sans danger, en outre elle ne procure pas toujours d'une manière certaine la cessation des hémorragies et l'atrophie de la tumeur. HEGAR ajoute qu'en cas d'insuccès on peut recourir plus tard à la myomotomie; mais il n'est pas facile de déterminer les malades à subir une opération grave sans pouvoir leur donner une assurance sérieuse d'un heureux résultat, et il est plus difficile encore de leur proposer, après un premier insuccès, une deuxième et plus dangereuse opération. C'est pourquoi il est malaisé de généraliser les indications pour la castration en cas de myome.

L'expérience unanime des chirurgiens doit faire écarter la castration dans les cas de tumeurs *volumineuses* et surtout dans les cas de tumeurs *fibro-kystiques*. Le succès est également douteux pour les fibromes considérables du col qui se sont développés dans le tissu cellulaire du bassin. Dans ces circonstances et en considération des dangers que causent ces tumeurs, je pense que la myomotomie est préférable; par contre je conseillerais presque exclusivement la castration pour les myomes interstitiels et peu volumineux, ne dépassant pas l'ombilic par exemple; je crois cette opération rarement indiquée pour les tumeurs sous-séreuses, qui du reste ne donnent lieu qu'exceptionnellement à des hémorragies.

D'après tout ce qui précède, la castration à mon avis doit être préférée dans les cas de tumeurs peu volumineuses, quand les hémorragies constituent le symptôme *dominant*, et la myomotomie dans le cas où la tumeur par elle-même, soit à cause de ses grandes dimensions, soit à cause de sa situation, constitue le *principal danger*.

Il faut en outre prendre en considération l'état de santé de la patiente. Si elle est anémique et affaiblie, la castration,

pourvu qu'on en puisse attendre de bons effets, sera préférable, parce qu'elle n'est presque pas sanglante. Je n'ose affirmer que cette dernière opération soit toujours la plus facile des deux. Elle peut au contraire être *très laborieuse*, même si la tumeur est peu volumineuse. En deux circonstances j'ai trouvé des adhérences périmétriques très étendues. Il faut remarquer en outre que les ovaires sont ordinairement, alors, de forme anormale, souvent hypertrophiés et parsemés de kystes plus ou moins nombreux et plus ou moins volumineux. HEGAR (1) a émis récemment l'opinion que ces dégénérescences précédaient et causaient la formation des myomes.

Les indications de la castration dans les cas d'autres processus hyperplastiques de l'utérus, ou de la muqueuse utérine, sont encore plus difficiles à préciser. D'un côté les moyens thérapeutiques ordinaires suffisent en général pour amener une amélioration marquée, et d'un autre côté on ne parvient pas toujours à rattacher avec certitude ces hyperplasies à des conditions pathologiques de l'ovaire ou à l'ovulation. Il est vrai que si on se croit autorisé à faire l'ablation des ovaires pour obtenir indirectement la suppression d'hémorragies déterminées par des myomes, on a tout autant le droit d'enlever les ovaires, même sains, pour réprimer les hémorragies utérines provenant d'autres causes, pourvu qu'on ait la certitude d'obtenir par l'opération un succès définitif. BRENNECKE (2) avait déjà appelé l'attention sur la dépendance à établir entre certaines hémorragies et les affections des ovaires. En considérant avec soin les rapports qui existent entre l'état de ces organes d'un côté, et les hémorragies utérines, ainsi que les maladies de la muqueuse de

(1) *Centralbl. f. Gyn.* 1887, n° 44.

(2) Zur Aetiologie der Endometr. fungosa, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XX, et *Berl. klin. Woch.* 1885, p. 691. Voir aussi CZEMPIN, Ueber die Beziehung der Uterusschleimhaut zu den Erkrankungen der Adnexa, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIII.

l'autre côté, il semble qu'en théorie cette interprétation est très admissible, et est même la plus simple en beaucoup de circonstances.

Voici une observation qui me semble très probante à cet égard. Une femme de 59 ans qui avait été réglée jusqu'à 55, vint me consulter au sujet d'hémorragies graves qui duraient depuis six mois. L'utérus était de la grosseur du poing, dur, et en rétroflexion. Sur un de ses côtés, je reconnus une tumeur ovarique, de la même dimension que l'utérus et à pédicule très court. L'examen microscopique ne fit soupçonner aucun néoplasme malin de la muqueuse utérine. J'enlevai la tumeur quelques jours après cet examen, et constatai que celle-ci avait subi une torsion du pédicule, s'était gorgée de sang, puis rompue en répandant une quantité considérable de liquide dans le ventre. La patiente succomba le même jour avec tous les symptômes de l'anémie. L'autopsie ne révéla d'autres lésions que celles de la métrite chronique. Je pense qu'on peut attribuer ici des hémorragies survenues plusieurs années après la ménopause aux lésions de l'ovaire.

Je suis aussi d'avis que dans les cas d'hémorragies utérines *rebelles*, et contre lesquelles ont échoué tous les moyens thérapeutiques, il est indiqué de faire la castration plutôt que l'extirpation totale de l'utérus, puisqu'après cette dernière opération, l'ovulation peut encore continuer et causer souvent des états pathologiques divers.

3°. — Les indications de la troisième catégorie sont difficiles à déterminer d'une manière précise, parce que les notions que nous possédons sur l'oophorite et sur ce que l'on appelle la dégénérescence kystique ne sont pas très nettes (1) et qu'en outre il se manifeste souvent simultanément des symptômes inflammatoires de la trompe et du péritoine.

Il est d'ordinaire presque impossible de déterminer si la

(1) Voir p. 268, du travail déjà cité de OLSHAUSEN.

castration doit être plus avantageuse que la *salpingotomie*, et on fait d'ordinaire mieux d'appeler l'opération « the removal of the uterine appendages » (ablation des annexes de l'utérus).

Il est même difficile de dire à quel moment on doit faire l'opération. Il ne faut jamais perdre de vue que la castration ne peut être pratiquée que lorsque l'activité ovarique produit un affaiblissement de tout l'organisme et qu'en outre on s'est convaincu soit par l'examen direct, soit par l'observation clinique que les femmes sont stériles.

Ici encore le chirurgien en est réduit à ne pouvoir promettre la guérison d'une façon *certaine*, mais seulement avec une plus ou moins grande probabilité. Il semble en effet, qu'en cas de processus infectieux l'ablation des ovaires et des trompes ne suffit pas à amener toujours une guérison complète. Sur les moignons s'établissent de nouveaux processus inflammatoires qui, par leur action sur les extrémités des nerfs sectionnés, communiquent à l'utérus une nouvelle irritation et donnent lieu à des hémorragies graves, avec les mêmes symptômes dysménorrhéiques constatés avant l'opération.

Plusieurs insuccès ont été publiés. Moi-même j'en ai observé deux. Le chirurgien se trouve alors dans une position des plus désagréables vis-à-vis de la malade, quand celle-ci après une dangereuse opération, se trouve dans la même situation qu'avant. LEOPOLD (1), en pareille circonstance, propose et pratique l'extirpation totale de l'utérus, mais peu de patientes seront tentées de s'y soumettre. D'un autre côté il est indéniable que cette opération procure souvent une guérison prompte et sûre.

Cette indication me paraît pouvoir être définie en ce sens, que lorsque les ovaires et les trompes sont le siège d'*altérations inflammatoires chroniques*, accessibles à nos moyens

(1) Arch. f. Gynæcol., Bd. 31.

actuels d'exploration, il est indiqué d'extirper ces organes, pourvu que les autres méthodes de traitement aient été employées *sans succès* et que l'état des malades soit très pénible et s'aggrave encore à chaque menstruation nouvelle.

4°. — L'indication *la plus contestée et la plus difficile à définir* est fournie par certaines affections nerveuses et mentales qui se trouvent en corrélation intime avec le fonctionnement des organes sexuels. Il est évident que cette corrélation est d'ordinaire difficile à établir, et les difficultés ne sont pas moindres si les organes génitaux présentent des altérations anatomiques dont les connexions avec la maladie principale sont encore beaucoup plus problématiques. Une observation soigneuse et prolongée peut seule nous apprendre si les troubles nerveux observés sont sous la dépendance de l'ovulation, mais alors même que cette relation paraîtra *établie*, le succès opératoire ne sera pas encore assuré dans tous les cas.

Les lésions constatées aux ovaires ne prouvent pas non plus qu'il y ait connexion entre l'affection nerveuse et l'ovulation et n'assurent pas davantage le succès de l'intervention opératoire. Toutefois, il est surabondamment démontré aujourd'hui par les observations de HEGAR, SCHRÖDER, SCHRAMM, OLSHAUSEN, TAUFFER, FEHLING, FRITSCH, etc., que la castration peut fournir dans certains cas les plus heureux résultats. L'intervention opératoire est certainement justifiée, quand on tient compte de l'impuissance de tous les autres procédés de traitement et des conditions lamentables dans lesquelles se trouvent la plupart des malades de cette catégorie.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que les formes nettement prononcées d'*hystérie* ne se prêtent pas à la castration. Mais il sera toujours fort difficile de décider si tels ou tels phénomènes nerveux sont réellement de nature hystérique, surtout s'il existe en même temps des lésions ou des affections bien avérées du système sexuel.

Quant aux troubles nerveux désignés par HEGAR, sous le nom de « *phénomènes médullaires* », il s'en faut de beaucoup qu'ils se rapportent dans tous les cas à des lésions des organes sexuels ; on peut même les observer en l'absence de toute altération de ces organes. Il est évident qu'on se décidera plus vite en faveur de l'opération si on a constaté des lésions manifestes des organes génitaux ; il n'en est pas moins vrai que la castration, pratiquée dans le but de guérir des troubles nerveux, sera toujours une opération de nécessité qui ne trouve sa justification que dans l'inefficacité des autres méthodes de traitement.

Il est évidemment à souhaiter de pouvoir définir avec plus de netteté les indications de la castration dans les maladies nerveuses ; mais ce n'est certainement pas jeter de la lumière sur la question que de vouloir à tout prix et d'une manière systématique rechercher une anomalie quelconque dans la forme ou la structure des organes génitaux. Pour montrer jusqu'où peut conduire la manie de ces recherches, citons entre autres la dissertation inaugurale de Gustave WILLERS d'Elsfleth, intitulée « *Ueber die Berechtigung der Castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem* ». Fribourg 1887. Il est réellement singulier de voir M. WILLERS fouiller les rapports publiés sur les malades de SCHRÖDER et d'autres opérateurs et chercher à découvrir des anomalies du système sexuel qui auraient pu échapper à ce gynécologue.

Quel peut bien être le but poursuivi par M. WILLERS ? Il est clair que les gynécologues allemands persisteront à croire que SCHRÖDER est mieux à même d'apprécier l'état de ses malades que ne peut le faire M. WILLERS en se basant sur des rapports à peine ébauchés. Et quelles sont les observations émises par M. WILLERS ? « Dans le 3^e cas, dit-il, il existait une rétroflexion utérine et le rapport ne nous apprend même pas (!) si la rétroflexion était due à un relâchement de

la substance utérine ou à des adhérences inflammatoires, de façon que *tout jugement devient impossible* ». M. WILLERS prétend en outre que les altérations signalées dans un autre rapport ont été « *faussetment considérées par SCHRÆDER comme insignifiantes* » !! M. WILLERS ne nous apprend malheureusement pas si ce sont les rétroflexions par relâchement ou les rétroflexions par adhérence qui provoquent des névroses graves. D'autres rapports publiés par d'autres opérateurs ne sont pas mieux traités. Il est évident que ces procédés de discussion n'avanceront pas beaucoup la question qui nous occupe (1).

Les indications de la castration formulées par HEGAR sont *en apparence* plus rigoureuses que celles qui ont été énoncées par SCHRÆDER. En fait, il n'en est pas ainsi et ce qui le prouve, c'est que HEGAR a pratiqué 132 castrations, tandis que SCHRÆDER, dont le nombre des malades n'est certainement pas inférieur à celui de HEGAR, n'a pratiqué la même opération que 24 fois dans le même espace de temps.

Ce qui avance encore moins la solution du problème qui nous occupe, ce sont les conférences dans le genre de celles de WALCHER, (2) où il est dit qu'à Berlin on a conseillé de « *faire, dans cette direction, des expériences sur le vivant!!* » Si le compte rendu de cette conférence est exact, M. WALCHER aurait ajouté : « *que la manie de la castration avait atteint une hauteur vertigineuse, et qu'il était grand temps que la voix du public médical vint s'élever contre de pareils errements!* »

Les précautions préliminaires à prendre sont les mêmes qu'avant tout autre laparotomie.

(1) Nous attirons l'attention des lecteurs français sur ce passage, non pas pour le vain plaisir de ne pas laisser perdre pour eux cette remontrance un peu vive adressée par HOFMEIER à un docteur inconnu, mais pour leur faire bien constater que si les Allemands ne nous épargnent guère en général, ils ne transigent pas volontiers avec leurs compatriotes sur les questions de doctrine. (N. de l'Ed.)

(2) Ueber den gegenwärtigen Stand der Castrationsfrage. *Medic. Correspondenzblatt des Württemberg. ärztlich. Landesvereines*, 1887, n° 26.

Manuel opératoire. — Il varie beaucoup d'après les conditions morbides qui réclament l'opération. Comme le fait observer avec raison OLSHAUSEN, la castration est parfois très facile, d'autres fois elle est extraordinairement difficile. HEGAR dit qu'avant d'entreprendre la castration, il faut avoir préalablement senti les ovaires, et s'être assuré de leurs rapports et de la possibilité d'en faire l'ablation sans faire courir à la malade de trop grands dangers. Il n'est pas toujours possible de remplir cette condition, si désirable qu'elle soit. Dans les cas compliqués, notamment dans les cas de *myomes multiples*, il faut toujours s'attendre à des surprises. La *palpation des ovaires* est parfois tout à fait impossible à cause de la situation qu'ils occupent. Du reste, le fait d'avoir senti les ovaires ne donne pas nécessairement une idée exacte des difficultés de l'opération ; d'autre part si on considère la castration comme étant formellement indiquée, on la pratiquera alors même qu'on ne serait pas parvenu à les découvrir par l'exploration bimanuelle.

L'*incision de la paroi abdominale* réclame une attention particulière, si on veut éviter de blesser les intestins qui se trouvent directement accolés contre le péritoine pariétal au fond de l'incision. Dans les cas les plus simples, on se bornera à pratiquer sur la ligne blanche une incision assez longue pour permettre l'introduction de trois ou quatre doigts.

Les intestins ayant été refoulés au moyen d'une éponge, les doigts vont dans la cavité du sacrum à la recherche du fond de l'utérus ; de là ils se dirigent en dehors, en suivant les annexes, jusque contre l'ovaire. Celui-ci est alors saisi entre deux doigts et amené le plus haut possible dans la plaie.

Pour éviter la perte d'espace qui résulte de l'introduction de la main, on fera bien de saisir les annexes le long ou au-dessus de l'ovaire au moyen d'une pince de Muzeux. Le petit forceps à ovaire imaginé par HEGAR ne présente aucun avantage spécial, et il expose à blesser inutilement cet organe. Si

on parvient à attirer l'ovaire en avant des téguments abdominaux, on traversera le mésovarium avec une aiguille de DESCHAMPS armée d'un fil double et on fera la ligature de ce ligament de chaque côté.

Je conseille d'enlever toujours les trompes en même temps ; une fois les ovaires extirpés, *elles n'ont plus de raison d'être*, et il est toujours plus difficile de les laisser en place que de les enlever. L'ablation des trompes est indispensable dès que ces conduits présentent la moindre altération morbide.

Comme dans toutes les autres opérations du même genre, nous avons pris l'habitude, après l'ablation des ovaires, de lier isolément les vaisseaux sur la surface de section du moignon. La ligature en masse ne me paraît suffisante que dans les cas où le pédicule de l'ovaire est long et délié ; dans les conditions opposées, les tissus attirés avec l'ovaire au-devant de la plaie abdominale ont une grande tendance à se rétracter et à glisser hors des ligatures, d'autant plus que pour être sûr d'enlever tout le tissu ovarien, il faut le plus souvent pratiquer la section tout près de ces ligatures.

L'application des ligatures exige surtout beaucoup d'attention dans les cas où l'ovaire est difficile à attirer, où le mésovarium est court et inextensible, ou bien lorsque ce repli péritonéal est étalé sur une tumeur fibreuse. On ne redoutera pas de se donner quelque peine pour appliquer quelques ligatures en plus, en vue de prévenir les difficultés autrement sérieuses qui pourraient survenir si le pédicule venait à glisser hors des ligatures. Comme l'ovaire est parfois très étiré en longueur et que cette glande s'étend fort loin dans le ligament de l'ovaire, il est parfois fort malaisé d'enlever tout le tissu ovarique. HEGAR a d'abord conseillé de sectionner le pédicule à l'aide du thermo-cautère de Paquelin pour détruire les débris de tissu glandulaire qui peuvent n'avoir pas été enlevés pendant l'opération ; mais il a abandonné cette méthode depuis que MUELLER a démontré que les tissus com-

pris dans la ligature s'atrophient et disparaissent. Cela n'empêche pas qu'il faut se faire un précepte de placer les ligatures le plus près possible de l'utérus : on n'aura jamais à se plaindre d'avoir enlevé trop de tissu.

Dès que l'excision est achevée d'un côté, on laisse le pédicule glisser à l'intérieur du ventre, mais sans couper les fils à ligature ; on pratique alors l'excision du côté opposé et on coupe les fils immédiatement avant de fermer l'incision abdominale, après s'être assuré de l'absence de tout suintement de sang.

Toilette du péritoine, occlusion de la plaie abdominale et traitement consécutif comme après toute autre laparotomie.

Complications. — L'opération fort simple que nous venons de décrire peut présenter maintes complications qui la rendent parfois *extrêmement difficile*.

Dans le cas de myomes, les ovaires sont souvent déplacés et à peine accessibles, et il peut devenir nécessaire de prolonger l'incision abdominale et d'attirer la tumeur hors du ventre. Mais la situation est alors particulièrement fâcheuse, car il est toujours fort difficile de rentrer le myome dans la cavité abdominale. Toutefois, si les parois abdominales sont résistantes, et si d'autres complications encore viennent aggraver la situation, l'extraction provisoire de la tumeur peut constituer la seule ressource permettant d'arriver jusqu'à l'ovaire.

D'autre part il est parfois bien difficile dans le cas de fibrome d'appliquer convenablement les ligatures, car le mésovaarium est très court et les feuilletts du ligament large peuvent être presque complètement dissociés l'un de l'autre ; en outre, il faut avoir soin, en passant l'aiguille, d'éviter les vaisseaux veineux qui sont souvent extrêmement développés. On se verra même parfois obligé d'appliquer un lien élastique autour

de la base de la tumeur et de faire l'amputation supra-vaginale de l'utérus.

Les difficultés sont au maximum quand les ovaires sont fixés par des adhérences aux organes voisins : trompes, ligaments larges, utérus, péritoine pelvien etc. Que ces adhérences soient très étendues ou qu'elles affectent la forme de brides, elles sont toujours fort résistantes, tout comme celles qui se développent dans l'hydro- et dans la pyosalpingite. HEGAR conseille de ne détacher ces adhérences qu'avec le secours de la vue ; ce conseil, excellent en théorie, est souvent difficile à suivre en pratique. Comme il s'agit souvent de femmes stériles à parois abdominales fort résistantes, et comme ces adhérences siègent d'ordinaire dans la profondeur du petit bassin, il peut devenir entièrement impossible de découvrir le champ opératoire. Il faut alors nécessairement détacher les adhérences sans les voir ; cette manœuvre n'expose d'ordinaire à aucun danger sérieux. Il est bien entendu qu'on n'exercera aucune violence ; du reste, le doigt s'habitue bien vite à reconnaître si les adhérences sont lâches ou résistantes, j'allais presque dire si elles sont riches ou pauvres en vaisseaux.

Quant aux cordons épais et durs que l'on découvre parfois, il faudra toujours recourir à l'assistance de la vue pour les sectionner entre deux ligatures. Si les adhérences se présentent sous la forme de brides minces et allongées, mais très résistantes, on pourra les sectionner avec des ciseaux, sur le doigt comme guide. Les difficultés augmentent encore lorsqu'une périmétrite chronique étendue est compliquée par la présence d'un myome.

J'ai pratiqué trois castrations, pour myomes compliqués de périmétrite chronique par propagation de l'inflammation des trompes ; c'étaient les opérations les plus difficiles, les plus longues et les plus laborieuses qu'il soit possible d'imaginer ; les trois opérées succombèrent, l'une d'elles vraisem-

blement par infection tubaire, les deux autres par infection venue de l'extérieur. L'autopsie démontra que la myomotomie eut été impossible dans les deux premiers cas et extraordinairement difficile dans le troisième.

Si les trompes participent au processus morbide du péritoine, il faudra pour éviter sûrement l'infection par ces conduits, les sectionner avec le thermo-cautère de PAQUELIN. Dans les cas où les tissus sont particulièrement rigides et inextensibles et où il paraît impossible de faire un pédicule, HEGAR conseille d'appliquer un lien élastique à la base de l'ovaire et d'abandonner cette ligature à l'intérieur du ventre.

Si les circonstances sont exceptionnellement défavorables, il faut chercher avant tout à se faire jour en agrandissant l'incision, en faisant des entailles dans les muscles droits ou en mettant les intestins hors du ventre dans des serviettes chaudes.

La toilette du péritoine doit être faite avec le plus grand soin. L'occlusion de la plaie abdominale, le pansement et le traitement consécutif ne diffèrent en rien de l'ovariotomie ordinaire. D'après les observations de HEGAR, les mouvements fébriles qui s'observent souvent pendant la convalescence, devraient être attribués à des exsudats plus ou moins volumineux formés autour des pédicules. Ces exsudats se développent alors même que les lésions inflammatoires observées pendant l'opération ne sont pas très prononcées. J'ai déjà fait remarquer que ces exsudats formés autour des moignons peuvent devenir le point de départ de certains états irritatifs qui compromettent le succès de l'opération.

Pronostic. Statistiques. — Le pronostic de la castration est généralement favorable, tout en variant dans de larges limites d'après les affections qui peuvent la rendre nécessaire, et tout en étant assez grave pour interdire de pratiquer cette opération sans de très sérieux motifs. HEGAR, qui de tous

les opérateurs allemands, possède la plus grande expérience à ce sujet, a pratiqué 132 opérations avec 16 morts, soit 12, 1 p. 100 de mortalité ; LAWSON TAIT signale, mais sans donner aucun détail, 245 castrations avec 17 ou 7 p. 100 d'insuccès ; P. MUELLER a pratiqué 21 castrations avec un insuccès opératoire, TAUFFER en a fait 17, toutes avec succès ; MARTIN a eu 2 morts sur 12, OLSHAUSEN (1) 4 sur 21, et FRITSCH (2) 2 sur 11.

En ce qui concerne la castration pratiquée dans le cas de myomes utérins, la statistique de WIEDOW (3) accuse 15 ou 10 p. 100 de morts sur 149 opérations. Des statistiques encore plus étendues (4), accusent une mortalité de 10 à 20 p. 100.

Etant donnés ces résultats, il est évident que la castration n'est pas une opération que l'on puisse pratiquer sans indication formelle. Au surplus, les résultats définitifs de la castration ne sont pas toujours satisfaisants et la détermination des indications opératoires laisse encore beaucoup à désirer. Or, la castration, plus que toute autre opération, n'est justifiée qu'à raison de l'influence favorable permanente et définitive qu'elle peut exercer sur l'organisme. Pour plus de détails à cet égard, le lecteur pourra consulter les travaux écrits de HEGAR et d'OLSHAUSEN (5).

SCHRÖEDER a pratiqué en tout 24 castrations ; une seule de ses opérées succomba ; elle était atteinte d'un gros myome du col de l'utérus. L'opération fut faite quatre fois pour des myomes, onze fois pour des troubles nerveux (6) ; une fois pour une anomalie de conformation (utérus unicorne rudimentaire) ; huit fois pour périmétrite avec dysménorrhée.

(1) *Loc cit.* p. 464.

(2) MENZEL, Beiträge, z. Castration der Frauen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 26.

(3) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXV.

(4) Voir OLSHAUSEN, *loc. cit.*

(5) Voir aussi la littérature médicale sur ce chapitre.

(6) Voir SCHRÖEDER, *loc. cit.*

Des quatre opérées pour myomes, une succomba : la seconde portait une tumeur fibreuse volumineuse qui resta d'abord stationnaire mais augmenta de volume plus tard ; les deux autres souffraient d'hémorragies, qui furent supprimées par l'opération. Des huit malades opérées pour périmérite avec dysménorrhée, j'en ai revu plusieurs et leur santé était excellente. Je n'ai aucun renseignement sur l'état définitif des autres opérées.

Moi-même j'ai pratiqué la castration 15 fois : six fois pour myomes, une fois pour dysménorrhée par suite de destruction puerpérale du tissu utérin ; six fois pour périmérite chronique presque toujours accompagnée de la dysménorrhée la plus intense ; deux fois pour troubles nerveux graves, avec aggravation manifeste à chaque retour menstruel. Sur ces 15 opérations, trois ont été suivies de mort : il s'agissait de myomes, mais dans les trois cas l'opération fut compliquée par la présence d'adhérences périmétriques ; en outre, dans deux de ces observations, les trompes présentaient des lésions inflammatoires très avancées. Dans le premier de ces trois cas, l'indication opératoire était fournie par des troubles graves, enlevant tout bien-être et toute jouissance de la vie ; comme l'un des ovaires était transformé en une tumeur du volume d'une tête de fœtus, il fallait en réalité pratiquer en même temps une salpingotomie, une ovariectomie et une castration, mais celle-ci était le véritable but de l'opération.

Il m'est impossible d'entrer dans de plus amples détails relativement aux autres cas ; comme je l'ai déjà fait observer, parmi les malades que j'opérai à cause de symptômes très douloureux de périmérite, il y en eut deux qui présentèrent de nouveaux troubles dysménorrhéiques accompagnés d'hémorragies, de six mois à un an après l'opération. Dans les trois cas de myomes non compliqués, les hémorragies cessèrent après la castration ; mais la convalescence de l'une de ces opérées fut troublée par l'apparition d'une throm-

bose de la veine crurale gauche, avec petites embolies pulmonaires ; toutefois cette malade guérit.

Outre la péritonite septique et les autres états inflammatoires, l'accident le plus à redouter pendant les jours de convalescence consiste en des troubles graves de la circulation qui surviennent surtout après la castration pratiquée pour des myomes. Je fais abstraction ici des métrorrhagies plus ou moins abondantes qui se déclarent quelques jours après la castration, comme après l'ovariotomie, et qui sont la conséquence nécessaire de l'hypérémie par stase veineuse.

Sous la même influence, il peut se développer des thromboses des grands vaisseaux veineux ; le thrombus peut être entraîné dans la circulation et déterminer la mort par embolie pulmonaire. D'autres fois, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer, le thrombus se propage et s'étend aux grosses veines de la cuisse et donne lieu à des œdèmes très prononcés et à des troubles circulatoires prolongés. MARTIN et OLSHAUSEN ont perdu ainsi quelques-unes de leurs malades. Dans le cas personnel que j'ai signalé plus haut, des embolies se logèrent dans les poumons, sans toutefois produire d'accidents funestes.

A une période ultérieure de la convalescence, il n'est pas rare de voir apparaître des troubles nerveux, même très intenses, analogues à ceux que l'on observe dans la ménopause normale. Mais il est d'autres cas où les affections nerveuses les plus graves, telles que l'épilepsie, les crises hystéro-épileptiques, la nymphomanie etc., ont disparu comme par enchantement aussitôt après l'opération (SCHROEDER, OLSHAUSEN, SCHRAMM, FRITSCH, etc.

J'ai également observé un cas dans lequel la castration débarrassa immédiatement la malade de manifestations fébriles qui duraient depuis des années. LOEHLEIN (1) a communiqué

(1) Voir LOEHLEIN : Ueber subacute Oophoritis. *Zeit. f. Geb. und. Gyn.*, Bd. XII, p. 205.

une observation analogue à la société obstétricale de Berlin. Les ménorragies s'arrêtent presque toujours après la castration ; cependant il n'est pas rare de les voir réapparaître encore plusieurs fois, d'une manière régulière ou irrégulière, et de n'obtenir l'aménorrhée complète que fort longtemps après l'opération. Il peut arriver enfin que les hémorragies reviennent plus abondantes qu'avant la castration.

§ 22. — Ablation des ovaires occupant une situation anormale.

Il peut arriver que des ovaires occupant une situation anormale donnent lieu à des troubles graves. L'opération consistant à enlever ces ovaires diffère de la castration et de l'ovariotomie, tant en principe qu'au point de vue du manuel opératoire. L'ovaire déplacé occupe le plus souvent le sac d'une hernie inguinale ; cette anomalie est acquise ou congénitale et dans ce dernier cas elle est d'ordinaire accompagnée d'autres anomalies des organes génitaux internes.

Les hernies congénitales des ovaires sont généralement *bilatérales* et elles renferment simultanément la trompe et l'ovaire. Dans certains cas fort rares d'anomalie acquise, on a vu l'ovaire occuper le canal crural etc. (1). Dans la situation anormale qu'il occupe, l'ovaire est soumis à des influences nocives venues de l'extérieur et il peut se développer des phénomènes d'irritation intense qu'il appartient à l'extirpation opératoire de faire disparaître.

Des troubles analogues peuvent, dans des cas très rares, survenir lorsque l'ovaire est fixé au fond du cul-de-sac de Douglas par des adhérences inflammatoires. En ce point, l'ovaire est exposé à une foule d'irritations, sa sensibilité s'exalte et il peut devenir l'origine de douleurs violentes et continues. Etant donnée l'impossibilité de la réduction, le seul moyen de mettre un terme à ces souffrances est de pratiquer l'extirpation de l'organe. Dans le premier cas comme dans le second, les symptômes douloureux s'exagèrent au plus haut degré pendant la période menstruelle. De véritables

(1) Voir OLSHAUSEN, *loc. cit.*, p. 18.

néoplasmes ont été constatés dans ces hernies ovariques.

Les auteurs sont unanimes à dire que les déplacements congénitaux des ovaires sont *irréductibles*, à cause des adhérences inextensibles qui fixent ces organes aux tissus avoisinants. Si l'anomalie est acquise, on pourra tenter la réduction en élargissant au besoin l'anneau herniaire ; si la manœuvre ne réussit pas, ou si les altérations de l'ovaire la rendent de prime abord impraticable, il faudra exciser l'ovaire après ligature préalable du pédicule. La rareté et la variété des cas ne permet pas de formuler des préceptes généraux sur cette opération. Le traitement du pédicule et de la plaie se fera conformément aux règles ordinaires.

Si l'ovaire est descendu au fond du cul-de-sac de Douglas, et si les méthodes ordinaires de traitement sont demeurées sans résultat, on pourra, lorsque les douleurs observées sont intenses, pratiquer l'extirpation de l'ovaire prolabé après avoir incisé le cul-de-sac de Douglas par le cul-de-sac postérieur (1). On s'efforcera de rendre l'ovaire mobile, et de l'attirer pour pouvoir lier le pédicule. Si on a eu soin de prendre des mesures antiseptiques rigoureuses, on pourra, comme après l'hystérectomie totale par le vagin, laisser la plaie du péritoine ouverte et la tamponner avec de la gaze iodoformée.

(1) Voir OLSHAUSEN, *loc. cit.*, p. 445.

CHAPITRE XVI

OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS CERTAINES AFFECTIONS DES TISSUS ET DES ORGANES AVOISINANT L'UTÉRUS

L'intervention opératoire est réclamée assez souvent par un certain nombre d'affections, qui, sans se rapporter directement aux organes génitaux, y trouvent cependant leur origine ou se développent dans leur voisinage immédiat.

A ce groupe de maladies appartiennent quelques tumeurs du petit bassin provenant soit de processus inflammatoires du péritoine ou du tissu conjonctif, soit d'épanchements de sang très abondants. Parmi ces affections, il faut ranger aussi de vrais néoplasmes qui ont leur point de départ dans le tissu conjonctif pelvien ou dans le ligament rond, ou qui se sont développés aux dépens des restes du parovarium. Les *kystes à échinocoques* du tissu conjonctif pelvien peuvent également exiger l'intervention opératoire. Les différentes variétés de *grossesse extra-utérine* appartiennent aussi à ce chapitre.

Nous dirons enfin quelques mots des affections généralisées du péritoine, parce qu'elles dépendent souvent d'altérations morbides des organes génitaux internes, qu'elles sont parfois la source de difficultés considérables dans le diagnostic différentiel et qu'elles se développent dans certains cas à la suite d'opérations gynécologiques.

§ 23. — Opérations dans le cas d'exsudats et d'hématomes.

Nous décrirons dans un seul paragraphe le traitement opératoire des exsudats et des hématomes péri-utérins et para-utérins, à cause de l'analogie que présentent ces deux affections.

Selon l'origine de ces tumeurs liquides, on a voulu les diviser en *intra-péritonéales* et *extra-péritonéales*, selon qu'elles s'étaient développées primitivement à la surface du péritoine ou à l'intérieur du tissu conjonctif pelvien. On peut objecter à cette division très artificielle que, pour les exsudats inflammatoires surtout, il est souvent difficile et parfois même impossible de préciser le point d'origine, ne fût-ce que pour ce motif bien simple que l'inflammation ne respecte pas les limites qui lui sont formées par les tissus.

Au point de vue *opératoire*, cette distinction n'offre pas une grande importance ; les indications et la technique opératoires sont basées sur les mêmes principes dans les deux cas.

Au point de vue du *diagnostic*, on peut dire qu'en thèse générale les exsudats intra-péritonéaux siègent de préférence dans le cul-de-sac de Douglas, et les exsudats extra-péritonéaux sur les côtés de l'utérus ; ceux-ci peuvent du reste se développer partout où il existe du tissu conjonctif pelvien.

Dans le cas d'épanchement inflammatoire, il est difficile de dire à quel moment il faut intervenir et donner issue au pus, dans le but d'accélérer la guérison et de prévenir les dangers de la rupture de l'abcès dans l'intestin ou dans la vessie. Il faut évidemment, en théorie, ouvrir l'abcès dès qu'une collection volumineuse de pus s'est formée ; mais en

pratique il est parfois difficile de découvrir le foyer purulent. La question ne souffre pas la moindre difficulté lorsqu'après une infection d'origine puerpérale, on trouve dans un des culs-de-sacs vaginaux une *grosse tumeur nettement fluctuante* ; mais il peut arriver que la collection purulente soit enveloppée et cachée de toutes parts par d'épais exsudats cicatriciels. Dans ces cas, il faut observer la malade avec soin, et pendant longtemps, voir s'il n'existe pas d'autre foyer infectieux, chercher à préciser le siège de la collection purulente dans le voisinage de l'utérus et examiner s'il n'est pas préférable d'abandonner à la nature le soin de résorber ou de solidifier le pus sécrété.

La réponse à cette dernière question est souvent fort difficile : ces épanchements inflammatoires peuvent persister pendant des semaines et des mois, et entretenir des mouvements fébriles qui épuisent les malades au point de rendre l'intervention opératoire fort désirable.

Il est surtout difficile de prendre une décision lorsqu'il s'agit d'exsudats anciens, déjà durcis, au centre desquels il se forme de temps en temps de nouvelles poussées purulentes. Il faut tenir compte aussi de la gravité de l'intervention opératoire dans chaque cas particulier. On se décidera plus vite à intervenir lorsque l'abcès se trouve tout à fait à proximité de la paroi abdominale ou du vagin, que s'il s'agit d'un foyer purulent à peine accessible.

D'une manière générale, on peut dire que l'intervention active est indiquée *quand la collection purulente est aisément accessible ou quand le foyer, même profondément situé, entretient une fièvre et une altération de l'état général qui épuise les forces de la malade.*

Manuel opératoire. — L'opération elle-même consiste à créer une voie au pus et à maintenir cette voie ouverte jusqu'à ce que la cavité de l'abcès soit fermée. Si la collection

purulente, péri ou para-métritique est volumineuse, et si elle est accolée à la paroi abdominale antérieure, on ouvrira l'abcès en sectionnant cette paroi.

Quand il s'agit d'un épanchement volumineux encapsulé dans le péritoine, situé à proximité des intestins, il se développe parfois, par décomposition du contenu de la poche, des gaz putrides, reconnaissables à la percussion, qui s'échappent en sifflant au moment de l'incision (1). Les abcès intra-péritonéaux peuvent se développer en un point quelconque de la cavité abdominale, tandis que les exsudats extra-péritonéaux volumineux s'ouvrent de préférence au-dessus du ligament de Poupart ou à travers le trou sciatique au-dessous des fessiers.

Si l'abcès n'est pas encore ouvert, on incise largement la paroi abdominale et on pénètre jusque dans la poche en se servant d'instruments mousses. S'il s'agit d'un abcès profond intra-péritonéal, on peut, suivant le conseil de HEGAR (2), après avoir sectionné la paroi abdominale jusque contre le péritoine, décoller cette séreuse jusqu'à ce qu'on arrive à la cavité de l'abcès. Par cette méthode, SCHRÆDER a pu ouvrir une collection purulente située dans le voisinage du rein droit, sans blesser le péritoine.

Une fois l'abcès ouvert et vidé, on lavera la poche avec une solution désinfectante, et on en fera le drainage en bourrant la cavité avec de la gaze iodoformée. Si l'abcès s'étend profondément vers le petit bassin, il sera bon de faire une contre ouverture vers le vagin et de faire sortir par cette nouvelle incision le drain introduit par l'incision abdominale. Quand la poche se rétrécit, on remplacera le gros drain par un drain plus petit et on supprimera d'abord le drainage abdominal, pour être sûr de la guérison de la plaie ; plus tard, le drain vaginal sera supprimé à son tour.

(1) DUNCAN, *Edinb. med. Journ.*, May 1882 et BUCH : *Charité-Annalen* 4, 1879.

(2) *Loc. cit.* p. 615.

S'il s'agit d'abcès ouverts depuis longtemps, on élargira les trajets fistuleux, on aura recours au drainage et on pratiquera au besoin des contre-ouvertures vers le vagin. Nous nous sommes toujours fort bien trouvé d'introduire de l'iodoforme dans ces anciens exsudats, soit sous la forme de bâtonnets, soit au moyen d'injections faites avec une émulsion de ce médicament.

Quand l'abcès siège dans le voisinage immédiat du vagin, on choisira évidemment cette voie pour ouvrir et drainer la cavité de l'abcès. Le pus s'accumule le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas ou dans la moitié postérieure du bassin, plus rarement au-devant de l'utérus.

J'ai vu SCHRÖDER opérer un abcès du volume d'une tête d'enfant, qui renfermait du pus horriblement fétide, et qui était situé tout à fait au-devant de l'utérus. Cet abcès s'était développé à la suite d'une tentative de coït immédiatement après l'accouchement. J'ai ouvert également un foyer purulent, d'origine puerpérale, qui siégeait entre l'urèthre et la muqueuse vaginale et qui avait la grosseur d'un œuf.

Le manuel opératoire consiste ici encore à inciser largement la muqueuse vaginale, sous le contrôle de la vue, et à pénétrer à l'aide du doigt ou d'une pince jusque dans la cavité de l'abcès. L'opération est facile, lorsque la collection purulente occupe le cul-de-sac de Douglas ou qu'elle se trouve tout près du vagin ; les complications augmentent quand l'abcès est situé sur les bords de l'utérus, ou très loin du vagin, à cause du danger qu'il y a de blesser l'uretère et les gros vaisseaux. Il est difficile de traverser les exsudats indurés à l'aide d'instruments mousses, mais à se servir d'instruments tranchants ou piquants, on risque de blesser les organes que nous venons de signaler.

L'opération est particulièrement *laborieuse*, quand on ne sait pas au juste où se trouve le foyer purulent. La ponction préliminaire offre, il est vrai, l'avantage de renseigner sur le

siège précis de l'abcès, mais une fois la poche vidée, on la découvre beaucoup plus difficilement ; quant au trajet creusé par l'introduction du troicart, il s'obstrue et se ferme dès qu'on a retiré l'instrument. On peut faciliter dans une certaine mesure la pénétration dans l'abcès, en poussant le long du doigt des ciseaux ou un autre instrument demi-mousse. Dès qu'on est arrivé dans la poche, on introduira sur le doigt une pince à branches croisées pour dilater le trajet, et entre les mors de laquelle on passera un drain muni d'un tube transversal. Ce drain servira à faire des irrigations détersives, ou à injecter dans la cavité de l'abcès une émulsion d'iodoforme ou des liquides légèrement caustiques. On laissera le drain en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par la rétraction des parois de la poche.

On rencontrera parfois de grandes difficultés dans le traitement opératoire des abcès *anciens*, qui se sont ouverts dans la vessie ou dans le rectum. Ces états peuvent ne pas occasionner beaucoup d'inconvénients, mais l'évacuation ininterrompue de matières purulentes épuise à la longue les forces des malades. La rupture d'un abcès dans la vessie peut donner lieu aussi à des symptômes aigus.

Je considère comme *inopérables* les fistules recto-vaginales qui se produisent lorsqu'un foyer purulent s'est ouvert à la fois dans le vagin et dans le rectum. L'opération n'a pas la moindre chance de réussite, puisqu'il s'agit d'un canal long et tortueux bordé de toutes parts de tissus durs, rigides, cicatriciels. J'ai observé trois ou quatre malades atteintes de fistules semblables ; l'une d'elles a succombé après des années, épuisée par des abcès qui se reformaient sans cesse et qui donnaient naissance à de nouvelles fistules.

Mais la situation change lorsque l'abcès ne s'est ouvert que *dans le rectum* ou *dans la vessie*. La guérison du foyer purulent survient parfois rapidement, dès que le pus s'est ainsi évacué ; mais ce n'est pas la règle. Si, comme il arrive sou-

vent, l'ouverture fistuleuse n'est pas accessible par le rectum, il faudra bien s'abstenir de toute intervention active ; tout au plus pourrait-on songer à faire une contre-ouverture par le vagin pour drainer la cavité de l'abcès et amener la guérison de la fistule rectale ; mais cela est fort difficile.

Les abcès qui se sont ouverts dans la vessie ne sont pas bien accessibles non plus au traitement, attendu que la vessie est d'ordinaire étalée entre l'abcès et le vagin. Dans deux cas de ce genre, SCHRÖDER (1) a ouvert la vessie par la voie abdominale, provoqué la guérison de l'abcès et refermé ensuite la fistule vésicale au-dessus de la symphyse.

Les *épanchements de sang* péri- et para-utérins se rapprochent beaucoup, au point de vue anatomique, des épanchements inflammatoires que nous venons de décrire. Les épanchements de sang péri-utérins siègent presque constamment derrière l'utérus, à l'intérieur du péritoine (hématocèle postérieure) ; les autres peuvent se présenter partout où il existe du tissu cellulaire, dans le voisinage de l'appareil génital : c'est ainsi qu'on a observé l'hématome de la vulve, du vagin, l'hématome para-utérin etc. Les épanchements sanguins diffèrent des exsudats inflammatoires par les antécédents, par l'absence de fièvre, et par la marche ultérieure. Cependant, il peut survenir de la fièvre lorsqu'un épanchement de sang existe ; ce symptôme s'observe surtout dans le cas d'hématocèle, attendu qu'il existe presque toujours alors des lésions inflammatoires du péritoine qui amènent la décomposition du sang épanché. Le diagnostic différentiel se heurte dans ces circonstances à de grandes difficultés.

Les *indications opératoires* des épanchements sanguins ont été différemment comprises par les auteurs. Si l'épanchement est récent, on s'abstiendra de toute intervention active, attendu que le sang se résorbe d'ordinaire spontanément,

(1) SCHRÖDER, *Maladies des organes génitaux de la femme*, p. 473.

et qu'en détachant les caillots qui ferment les parois blessées des vaisseaux on risque de voir survenir une hémorragie difficilement coercible. On n'aura recours à l'ouverture de la poche sanguine que si la résorption tarde longtemps à se produire, qu'il existe des douleurs violentes ou que le sang commence à se putréfier. Il survient alors une fièvre violente qui pourrait faire croire à un épanchement purulent.

Si la tumeur sanguine siège dans le voisinage immédiat du vagin ou de la vulve, on incisera largement la muqueuse vaginale, puis on ouvrira la tumeur au bistouri. L'incision sera suffisamment grande pour permettre de vider la poche au moyen des doigts ou à l'aide d'irrigations antiseptiques. Cependant il ne faudra pas trop s'évertuer à détacher tous les caillots, puisque ceux-ci ne tardent pas à être expulsés spontanément dès que la poche est ouverte, et qu'on s'expose en insistant à voir l'hémorragie recommencer.

On fera le drainage avec la gaze iodoformée. Les cavités sanguines les plus larges se combleront et se ferment souvent avec une rapidité étonnante. Dans un article récent, GUSSE-row a vivement recommandé l'intervention active dans le cas de tumeurs sanguines et notamment d'hématocèle postérieure.

Il peut se former dans l'épaisseur du ligament large des épanchements sanguins fort volumineux, mais dont le diagnostic exact est fort difficile. Dans ces cas, on ne se décide pas volontiers pour l'intervention active, puisque l'incision abdominale seule permet d'arriver jusqu'à la tumeur. MARTIN (1) a pratiqué huit opérations de ce genre : après avoir fait la laparotomie, il a vidé la tumeur du ligament large, pratiqué le drainage vers le vagin et fermé la plaie faite à la poche, au-dessus du drain. Il a perdu deux de ses opérées.

(1) Das extraperitoneale periuterine Hæmatom. *Zett. f. Geb. und. Gyn.* Bd. VIII.

§ 24. — Opérations dans le cas de néoplasmes du tissu
conjonctif pelvien, des ligaments ronds, et dans
le cas de kystes à échinocoques.

La plupart des tumeurs du tissu conjonctif pelvien ont pour point de départ le parovarium qui est situé entre les deux feuillets du ligament large, ou bien elles proviennent des restes du corps de Wolff qui persistent, d'après WALDEYER (1), entre le parovarium et l'utérus. Ces tumeurs sont des kystes plus ou moins volumineux ; ils sont monoloculaires, mais il peut s'en trouver plusieurs l'un à côté de l'autre.

Un second groupe de tumeurs se développent aux dépens du tissu conjonctif proprement dit : ce sont des tumeurs *fibreuses*, assez molles, qui peuvent acquérir un volume considérable. Peut-être proviennent-elles dans certains cas de l'utérus ou des éléments musculaires qui se trouvent éparpillés dans les annexes de cet organe, mais cela est difficile à prouver ; toujours est-il qu'un certain nombre de ces tumeurs n'ont pas la moindre relation d'origine avec l'utérus.

Parmi ces néoplasmes, il convient de ranger les tumeurs parties *du ligament rond* : elles ne se trouvent pas toujours dans le petit bassin, mais elles peuvent suivre le trajet des ligaments ronds dans le canal inguinal. On peut y ajouter les *kystes à échinocoques* du petit bassin, affection *rare* qui n'appartient pas aux tumeurs proprement dites, mais qui réclame le même traitement opératoire.

Kystes du ligament large. — Les kystes du ligament large présentent, au point de vue anatomique et clinique, la plus

(1) *Eierstock und Ei*, p. 142.

grande ressemblance avec les tumeurs kystiques de l'ovaire. Ils en diffèrent en ce qu'ils sont *uniloculaires*, qu'ils contiennent un liquide *clair, limpide et dépourvu d'albumine* et qu'ils sont enveloppés sur toute leur étendue par la séreuse péritonéale plus ou moins distendue. Ce recouvrement mince et finement vascularisé permet de reconnaître à première vue les kystes du ligament large.

Autrefois on cherchait à obtenir la guérison de ces kystes par la ponction, suivie ou non d'une injection iodée. La laparotomie, qui dans ces cas est presque toujours simple et facile, est préférable à ce procédé : elle est plus sûre dans ses résultats.

Au point de vue du diagnostic différentiel entre le kyste *ovarique* et le kyste *du ligament large*, il est important de savoir que ce dernier est monoloculaire, très fluctuant et que ses parois sont d'ordinaire assez souples. On réussit parfois à découvrir l'ovaire à côté de la tumeur ; dans d'autres cas, l'ovaire est attiré très haut derrière le kyste et on ne parvient pas à le trouver.

Les *indications opératoires* sont les mêmes que celles des tumeurs ovariennes, tout en étant beaucoup moins pressantes. Si on constate la présence d'un kyste du ligament large, dont le volume s'accroît rapidement, il faudra en pratiquer l'extirpation le plus tôt possible.

Pour ce qui concerne le *manuel opératoire*, il faudra se souvenir que les kystes développés entre les feuillets des ligaments larges, peuvent s'étendre profondément dans le tissu cellulaire du petit bassin, à la façon des tumeurs ovariennes sous-péritonéales. L'opération consiste à fendre le péritoine et à énucléer la tumeur hors du tissu conjonctif pelvien. Mais il arrive souvent que ces kystes se développent librement vers l'intérieur de la cavité péritonéale ; il suffit alors d'en lier la base comme s'il s'agissait d'un pédicule de kyste ovarique, ou bien de sectionner le péritoine à ce niveau

pour énucléer la base de la tumeur. Par cette méthode, on pourrait fort bien laisser l'ovaire en place, s'il est sain, mais il est plus aisé de l'enlever en même temps.

Fibromes du tissu cellulaire pelvien. — Les rapports anatomiques des fibromes du tissu cellulaire pelvien sont fort variables ; on les rencontre partout où il existe du tissu conjonctif et ils peuvent se développer dans tous les interstices occupés par ce tissu ; on a vu des fibromes sortir par toutes les ouvertures du petit bassin.

Dans un cas observé par SCHRÖDER et pour lequel SPENCER WELLS avait pratiqué l'incision exploratrice, le fibrome, qui était fort mou, remplissait tout le petit bassin et descendait en bas jusqu'à l'entrée du vagin. Une autre fois, la tumeur sortait par le grand trou sciatique. J'ai opéré un cas où le fibrome siégeait entre l'urèthre et le vagin et simulait un prolapsus volumineux de la paroi vaginale antérieure.

Les fibromes de cette catégorie se laissent beaucoup plus difficilement isoler du tissu cellulaire pelvien que les fibromes utérins ; aussi leur énucléation est-elle souvent fort difficile, fort sanglante et fort dangereuse. Sur deux malades opérées par SCHRÖDER par la voie abdominale, deux ont succombé (1).

Les cas recueillis et rassemblés par SAENGER (2) offraient aussi les plus grandes complications opératoires.

L'opération consiste à sectionner le péritoine ou la muqueuse vaginale et à énucléer le fibrome hors du tissu conjonctif pelvien. La cavité de la plaie qui persiste après l'opération sera traitée par une des méthodes que nous avons étudiées précédemment : réunion par la suture avec plaie rentrée à l'intérieur du ventre, ou drainage de la poche.

(1) *Loc. cit.*, p. 486.

(2) Ueber primäre dermoide Geschwülste der Ligam. lata. *Arch. f. Gyn.* Bd. XVI et XXI.

Tumeurs du ligament rond. — Au même groupe de tumeurs appartiennent les néoplasmes, d'ailleurs fort rares, du ligament rond. Il résulte des observations qui ont été publiées qu'ils siègent tantôt à l'intérieur de la cavité abdominale, tantôt dans le canal inguinal et jusqu'au devant de l'orifice inguinal externe. SAENGER a réuni tous les cas publiés à cet égard dans la littérature médicale (1). Ces observations sont encore trop peu nombreuses pour permettre de tracer des règles fixes au sujet de la méthode opératoire à employer.

Kystes à échinocoques. — Les kystes à échinocoques du petit bassin et de la cavité péritonéale ont fait parfois l'objet d'une intervention opératoire, soit à cause de leur voisinage avec les organes génitaux internes, soit à la suite d'une erreur de diagnostic. Ceux qui voudraient se renseigner sur l'étiologie, l'anatomie et les manifestations cliniques de cette affection consulteront avec fruit la monographie de FREUND (2), qui possède à ce sujet une expérience personnelle fort étendue, et la monographie très détaillée de SCHATZ (3). Je me bornerai à dire quelques mots du manuel opératoire à suivre.

Dans la majorité des cas, les kystes à échinocoques ne se prêtent qu'à un diagnostic de *probabilité*, attendu qu'ils ne diffèrent des autres tumeurs kystiques que par leur siège et leur multiplicité. La ponction exploratrice permettrait seule d'arriver à un diagnostic précis, mais on a presque toujours négligé d'y avoir recours, puisque les observations publiées jusqu'à ce jour démontrent que l'opération a été faite, la plupart du temps, à la suite d'erreurs de diagnostic.

Si on parvient à reconnaître le kyste parasitaire avec plus ou moins de certitude, on aura recours à l'intervention opératoire, malgré les difficultés techniques que l'opération peut

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXI.

(2) *Gyn. Klinik*, Strasbourg, Bd. I, 1885.

(3) *Beitr. mecklenb. Aerzte zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit*.

présenter. S'il est possible, on ouvrira la tumeur par le vagin, on retirera tout ce qui peut être extrait, et on pratiquera le drainage de la cavité kystique.

La laparotomie expose toujours au danger d'infection du péritoine par le parasite. Si on était forcé de recourir à cette voie, ou si l'opération était faite à la suite d'une erreur de diagnostic, il faudrait s'efforcer d'extirper le sac formé tout autour du kyste à échinocoques.

En cas de difficultés insurmontables, il faudrait appliquer au traitement de la cavité kystique incisée les règles que nous avons énoncées à propos de l'extirpation des tumeurs sous-séreuses ; la meilleure méthode à suivre serait, semble-t-il, de suturer les bords de l'incision abdominale aux lèvres de la plaie du kyste. On pourrait aussi, comme pour les tumeurs à échinocoques du foie, suturer le kyste dans la plaie du ventre, avant de l'inciser.

§ 25. — Opérations pour la grossesse extra-utérine.

Si le traitement opératoire de la grossesse extra-utérine a été rangé parmi les opérations gynécologiques, c'est parce qu'en Allemagne la gynécologie est pour ainsi dire née de l'obstétrique et que les qualités chirurgicales dont l'accoucheur doit être doué sont surtout indispensables quand il s'agit de troubles pathologiques graves de la grossesse.

Il paraît naturel, tout au moins en Allemagne, que les malades atteintes de grossesse extra-utérine se rendent chez l'accoucheur et non chez le chirurgien et c'est ce qui a fait que, chez nous, les accoucheurs sont devenus chirurgiens. Ils se sont à leur tour inspirés, dans leurs opérations obstétricales, des préceptes rigoureux observés en chirurgie, et les progrès immenses réalisés à la faveur de l'union de l'obstétrique et de la chirurgie, doivent nous faire espérer que l'obstétrique et la gynécologie opératoire resteront encore associées à l'avenir.

D'un autre côté, le traitement opératoire des grossesses extra-utérines présente *tant* d'analogie avec certaines opérations gynécologiques et *si peu* avec les opérations obstétricales proprement dites qu'il nous paraît nécessaire de consacrer à ce sujet un chapitre spécial. WERTH surtout insiste sur cette ressemblance du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine avec les opérations gynécologiques en général, puisqu'il met la grossesse ectopique sur le même pied que les néoplasmes de mauvaise nature et qu'il conseille de l'interrompre quelle que soit l'époque à laquelle elle est parvenue (1).

(1) *Beiträge zur Anatomie und operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft*. Stuttgart, 1887.

Variétés anatomiques. — Ce serait dépasser de beaucoup les limites tracées à ce livre que de faire une étude détaillée des variétés anatomiques de la grossesse extra-utérine et des indications opératoires qui en résultent dans la plupart des cas. Je renvoie le lecteur à la monographie fort étendue, détaillée et très approfondie de WERTH.

Nous avons déjà étudié certaines formes de grossesse extra-utérine à propos des maladies des trompes ; les observations de WERTH permettent même de présumer que toutes les grossesses extra-utérines indistinctement sont tubaires dans le début, ce qui n'empêche pas qu'au point de vue opératoire, le seul qui nous intéresse, il est plus logique de faire une séparation entre les grossesses ectopiques des derniers mois et les grossesses tubaires des premiers mois.

Indications opératoires. — Il n'est pas possible d'émettre des données générales sur les indications opératoires de la grossesse extra-utérine, attendu que le diagnostic précis des rapports anatomiques qui doivent nous servir de guide, est fort malaisé ou même impossible vers les derniers temps de la grossesse ectopique. Les recherches anatomiques de WERTH, tout comme les observations publiées récemment, semblent pouvoir faire admettre que les rapports anatomiques sont relativement favorables vers le milieu de la grossesse extra-utérine. Malheureusement, nous ne pouvons pas le plus souvent choisir cette époque pour l'opération, attendu que la plupart des malades n'ont recours à l'intervention que vers la fin de la grossesse ou même après la mort du fœtus.

Quelle est la conduite à suivre lorsque, vers la fin de la grossesse, l'enfant est encore vivant ? Cette question n'est pas encore définitivement résolue. Se basant sur les résultats peu encourageants qui ont été obtenus par l'intervention opératoire, WERTH conseille d'attendre la mort de l'enfant et d'observer la marche ultérieure de la maladie. Je préfère me

ranger à l'avis de BANDL (1) qui trouve l'opération immédiate plus logique ; quant à l'hémorragie, cause ordinaire du résultat fatal, on aura recours pour la prévenir ou l'arrêter aux ressources que les nouvelles méthodes d'hémostase ont mises et mettront encore à notre disposition.

Si le fœtus est mort, il faudra régler sa conduite sur la marche ultérieure de l'affection. Les recherches critiques de LITZMANN (2) et de WERTH démontrent à l'évidence que plus longtemps on attend pour intervenir après la mort du fœtus, plus on a de chances de trouver les vaisseaux placentaires thrombosés et de pouvoir éviter l'hémorragie.

Dans la majorité des cas, le chirurgien n'a pas l'occasion de choisir le moment de son intervention ; le plus souvent, la malade lui arrive avec les signes d'inflammation, d'infection, et de décomposition qui font suite à la mort du fœtus, et lorsque ces symptômes font défaut, on peut se demander si l'intervention opératoire est réellement justifiée (3). En cas de fièvre par suite de décomposition putride, on aura recours le plus vite possible à l'opération.

Il est encore très difficile de prendre une détermination, lorsque la poche kystique vient à se rompre pendant les premiers mois de la grossesse et qu'il survient des symptômes graves d'hémorragie interne. Le diagnostic n'étant généralement posé que lorsque l'épanchement de sang à l'intérieur du péritoine a provoqué des troubles généraux de la plus haute gravité, il convient d'une part de ne pas laisser passer le moment auquel l'opération présente encore des chances sérieuses de succès, et d'un autre côté de ne pas faire sans motif une opération grave. En effet, il est établi que dans un grand nombre et peut-être dans le plus grand nombre des cas

(1) Erkrankungen der Tuben, Ligamente etc. *Deutsche Chirurgie*, n° 59. Stuttgart, 1886.

(2) *Arch. f. Gyn.* Bd. 16.

(3) LITZMANN, *Arch f. Gyn.* 19.

de cette espèce, l'hémorragie finit par s'arrêter spontanément et que la malade se rétablit à la longue.

Il ne faut pas oublier non plus que ces opérations doivent nécessairement se faire au domicile même des malades, c'est-à-dire dans des conditions fort défectueuses d'antisepsie, la gravité de leur état ne permettant pas de les transporter dans une clinique ou dans un hospice préparé et aménagé pour ce genre d'opérations.

Les observations favorables de VERT au sujet de l'intervention opératoire, les recherches anatomiques de WERTH ainsi que mon expérience personnelle permettent cependant d'espérer que les rapports anatomiques de la poche kystique rompue seront assez favorables, dans la plupart des cas, pour permettre d'arrêter sûrement l'hémorragie et de terminer l'opération. Mais il reste toujours fort malaisé de choisir un bon moment pour intervenir.

Nous avons vu se rétablir des malades qui étaient arrivées au dernier degré d'épuisement et chez lesquelles l'intervention pouvait paraître nécessaire à chaque instant. Pour ma part, je n'aurais recours à l'opération que *si l'observation attentive démontrait que l'état des malades, loin de s'améliorer, s'aggrave visiblement*. Entre temps, je ferais tous les préparatifs nécessaires pour l'opération.

Opération. — Le *manuel opératoire* se rapproche de celui des laparotomies ordinaires, mais il faudra tenir compte des rapports anatomiques propres à chaque cas particulier. Dans les premiers mois de la grossesse, l'opération ressemble à l'ablation des tumeurs volumineuses des trompes tout en se rapprochant, d'après WERTH, de l'énucléation des tumeurs ovariennes sous-séreuses. Des difficultés exceptionnelles proviennent de *l'excessive richesse vasculaire* imprimée aux tissus par la grossesse.

A une période avancée de la grossesse, l'opération devient

plus difficile ; si l'enfant est vivant, il est le plus souvent impossible d'extirper complètement le sac fœtal ; on ne parvient pas à arrêter l'hémorrhagie. Il n'y a pas de méthode spéciale à employer lorsque l'enfant est encore en vie ; les mêmes dangers peuvent exister après la mort du fœtus.

Le *premier temps* de l'opération consiste à inciser la poche, en évitant avec soin l'endroit d'insertion du placenta. Comme il est impossible de pratiquer l'extirpation totale du sac, on pourra, dès que l'enfant est extrait, suturer les lèvres de l'incision faite à la poche aux bords de la plaie abdominale. On évitera de tirer sur le cordon ou sur le placenta.

Dans le but d'exercer une contre-pression sur le gâteau placentaire, on pourra tamponner avec précaution et assez lâchement la poche kystique. S'il survenait une hémorrhagie abondante, le tamponnement énergique serait encore le meilleur moyen de l'arrêter. SCHRÆDER a dû y avoir recours la seule fois qu'il a eu l'occasion d'intervenir, l'enfant étant encore en vie : l'hémorrhagie fut arrêtée net ; deux jours plus tard, SCHRÆDER fut obligé d'extraire l'ouate salicylée dont on se servait encore à cette époque, pour éviter la décomposition putride qui était imminente ; il survint une nouvelle hémorrhagie, très abondante, il y eut de la fièvre et la malade succomba. La gaze iodoformée se prêterait beaucoup mieux à la pratique du tamponnement de la poche fœtale.

Une fois l'enfant mort, l'intervention est le plus souvent indiquée par la décomposition putride du contenu du sac fœtal et par la fièvre qui l'accompagne. L'essentiel est d'éviter à tout prix l'infection pouvant résulter de l'écoulement des matières putrides dans la cavité péritonéale. Si cela était impossible, il faudrait chercher avant tout à extirper le sac fœtal dans sa totalité.

La statistique de WERTH nous apprend que sur 53 opérations qui ont été faites pendant ces six dernières années, l'ablation totale du sac a pu être pratiquée onze fois, mais dans

certains cas aux dépens de l'intégrité de la poche. Or, si le sac se rompt pendant l'opération, l'énucléation totale ne présente plus que des dangers puisque les plaies nouvelles créées à chaque pas s'infectent aussitôt par les matières septiques qui s'échappent de la poche.

La ligne de conduite à suivre est la suivante : une fois la cavité péritonéale ouverte, on cherchera à voir s'il est possible d'extirper complètement le sac, sans trop de difficultés et sans trop risquer de le rompre ; dans l'affirmative, on donnera la préférence à ce procédé. Si l'énucléation totale paraît trop difficile ou trop dangereuse, il faudra ou bien se borner à ouvrir l'abdomen et introduire de la gaze iodoformée pour provoquer des adhérences inflammatoires entre la tumeur et le péritoine pariétal, ou bien réunir la tumeur à la paroi abdominale par la suture et ouvrir le sac immédiatement après.

J'ai opéré un cas dans lequel je fus forcé de me départir des règles que je viens de tracer. Il s'agissait d'un sac fœtal en pleine décomposition putride qui s'était ouvert dans la cavité abdominale et qui avait déjà provoqué une péritonite violente, généralisée. Aussitôt après l'incision de la paroi abdominale, on voyait les gaz et le pus s'échapper en sifflant des ouvertures de la poche. L'infection du péritoine n'étant plus à redouter, puisqu'elle avait déjà eu lieu, je pratiquai l'extirpation totale du foyer putride, puis je fis l'amputation du corps de l'utérus qui était détaché de chaque côté de ses annexes et qui ne tenait plus qu'à un col aminci et étiré (1).

SCHRÖDER a plusieurs fois eu recours avec succès à la suture de la poche fœtale avec la paroi abdominale. Après avoir fait dans la paroi abdominale une incision de moyenne longueur, il réunit, par la suture continue au catgut, les couches les plus superficielles de la poche kystique avec la

(1) Voir *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, n° 49.

paroi abdominale ; cette suture est fort délicate, car il faut éviter à tout prix de percer la paroi de la poche et de provoquer l'écoulement des matières septiques dans le ventre. Quand le sac est ainsi suturé à la paroi abdominale sur tout le pourtour de l'incision, on incise la poche, on extrait le fœtus, on coupe le cordon entre deux ligatures et on lave l'intérieur de la poche avec une solution à 1/2 p. 1.000 de sublimé corrosif (1).

Si la poche se trouve située dans le voisinage du cul-de-sac vaginal, il serait logique d'introduire par le vagin, à l'aide d'un gros troicart, un tube à drainage jusqu'à l'intérieur de la poche, dans le but de favoriser l'écoulement des sécrétions. Si on n'y parvient pas, il suffira de bien laver le sac avec la solution de sublimé, de le mettre à sec et de tamponner avec de la gaze iodoformée.

Pour éviter la putréfaction du placenta resté au fond de la poche, FREUND conseille de saupoudrer et de tanner les parois du sac avec un mélange d'acide salicylique et de tannin ; WERTH préfère le benzoate de soude.

Après ce traitement, le placenta se détache peu à peu par grands lambeaux. On enlève définitivement le drain dès que la sécrétion putride a notablement diminué d'abondance. Les parois du sac se rétractent rapidement, mais il faut du temps avant que la poche soit comblée par les granulations ; la cicatrisation complète exige parfois plus d'une année. Grâce à la pression intra-abdominale, les parois de la poche se soulèvent peu à peu et viennent former à la partie inférieure de la paroi abdominale une cicatrice plus ou moins large.

Nous avons observé à la clinique de SCHRÖDER un cas très intéressant. Chez une malade opérée par SCHRÖDER suivant

(1) C'est encore le cas de recommander ici la solution saturée de naphtol qui a permis à M. PINARD de mener à bien deux opérations de grossesse abdominale dans des conditions très difficiles. (Note de l'Ed).

la méthode précédente, il s'était formé, après des années, une hernie ventrale volumineuse à travers la cicatrice de la paroi abdominale, cicatrice mince et large comme la paume de la main. La trompe gauche venait s'ouvrir dans cette cicatrice et donnait lieu à un écoulement de sang au moment de chaque menstruation ; l'utérus et les annexes du côté opposé étaient libres de toute adhérence ; on sentait la trompe gauche partir de l'utérus sous la forme d'un cordon de grosseur normale.

Pour délivrer la malade des troubles extrêmement pénibles dont elle souffrait, SCHRÆDER lui proposa l'extirpation de la membrane herniée et de l'oviducte qui y était adhérent. Nous nous attendions à trouver des adhérences étendues, tout au moins avec les anses intestinales, complication qui s'était présentée lors de la première opération. A notre grand étonnement, il n'existait plus aucune adhérence à la paroi abdominale. Seule, la trompe venait s'ouvrir dans la cicatrice. L'opération fut facile et la convalescence normale.

Cette observation confirme la manière de voir de WERTH sur la fréquence de la grossesse tubaire, et elle prouve que les adhérences les plus étendues peuvent s'effacer et disparaître à la longue.

L'opération est encore plus facile lorsque la paroi antérieure du sac fœtal est déjà adhérente à la paroi abdominale, ou qu'il s'est déjà ouvert à l'extérieur. Dans ce dernier cas, il suffit d'élargir l'ouverture existante pour vider le contenu de la poche.

Un cas unique dans son genre a été opéré par SCHRÆDER : le fœtus, arrivé à son entier développement, se trouvait enveloppé de tous côtés par un réseau très fin et très délicat d'adhérences épiploïques ; il était encore tout frais bien qu'il fût mort depuis longtemps. L'indication opératoire était fournie par des symptômes graves d'iléus, résultant de torsion

de l'intestin, à la suite des adhérences qu'il avait contractées avec le segment inférieur du sac fœtal.

Statistique. — Les résultats de l'intervention opératoire dans le cas de grossesse extra-utérine ne sont pas mauvais, surtout si on considère la situation désespérée de la plupart des malades. La statistique de LITZMANN, déjà ancienne, accusait une mortalité de 42, 4 p. 100; celle de WERTH ne donne plus que 37, 7 p. 100 d'insuccès. Il serait irrationnel de comparer ces résultats avec ceux des autres laparotomies, puisque l'opération de la grossesse extra-utérine expose, plus que toute autre laparotomie, au danger d'infection.

L'extirpation radicale du sac fœtal donne une mortalité beaucoup plus élevée. Les opérations pratiquées à la clinique de SCHRÆDER, et dont une partie se trouve consignée dans la statistique de WERTH, ont donné les résultats suivants : sur 14 opérations, il y a 7 succès et 7 insuccès. Parmi les 7 malades qui succombèrent, il y en avait 4 dont l'état était désespéré. (1)

(1) Pour plus de renseignements, voir le travail de HOELCK : *Ueber Abdominal Gravidität*. Inaug. dissert. Berlin, 1887.

§ 26. — Opérations pratiquées dans le cas d'affections généralisées du péritoine.

L'intervention opératoire dans le cas d'affections généralisées du péritoine n'a pas d'indication plus particulière chez la femme que chez l'homme. Nous nous en occupons cependant ici parce que ces affections succèdent parfois aux opérations que nous pratiquons sur les organes génitaux de la femme, et que l'une d'entr'elles, la *péritonite tuberculeuse*, s'observe beaucoup plus souvent chez la femme, par propagation de la tuberculose des organes génitaux. Nous faisons abstraction ici des affections inflammatoires du péritoine qui surviennent à la suite de maladies graves des organes génitaux internes et dont nous avons parlé dans les chapitres précédents.

En présence de l'influence favorable exercée sur les affections inflammatoires les plus violentes du péritoine par l'extirpation du foyer infectieux proprement dit, on pouvait se demander s'il n'aurait pas été possible d'obtenir les mêmes résultats dans le cas de péritonite généralisée, d'origine infectieuse. L'intervention était certainement à risquer eu égard à l'état désespéré des malades atteints de péritonite généralisée. Malheureusement, les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont loin d'être encourageants, surtout s'il s'agit de péritonites infectieuses succédant à des opérations chirurgicales (1).

Les formes de péritonite qui se prêtent le mieux à l'intervention opératoire, sont celles où l'exsudat a de la tendance à s'encapsuler et à former des tumeurs isolées plus ou moins volumineuses. Les principes qui doivent servir de base à ce

(1) SCHROEDER. Ueber die allgemeine, nicht infectiöse, Peritonitis, *Zeit. f. Geb. und. Gyn.*

genre d'opérations ont été exposés dans un paragraphe précédent (§ 23). Les cas, signalés dans la littérature, de guérison de péritonite généralisée par la laparotomie et le drainage se rapportent presque exclusivement à des exsudats encapsulés.

Les raisons pour lesquelles l'intervention opératoire, dans la péritonite tuberculeuse généralisée, a donné des résultats si peu encourageants, me paraissent être les suivantes :

1° Les processus inflammatoires sont déjà *trop avancés* et l'absorption des matières septiques dans le sang est *trop prononcée*, au moment où on se décide à l'intervention.

2° La destruction efficace des germes infectieux répandus dans l'intérieur de l'abdomen exige l'emploi de solutions antiseptiques à des concentrations qui seraient directement dangereuses pour la vie.

3° La constitution et les rapports anatomiques du péritoine rendent la désinfection et le drainage de la cavité péritonéale entièrement illusoires.

Le seul opérateur qui conseille l'opération et le drainage dans le cas de péritonite aiguë est LAWSON TAIT (1); la plupart des chirurgiens allemands se refusent à intervenir pour les raisons que nous venons d'indiquer. A notre avis, cette question n'est pas encore résolue.

Pendant ces dernières années, on a eu fréquemment recours à l'intervention opératoire dans la *péritonite tuberculeuse*, et cette intervention paraît avoir été profitable dans bon nombre de cas. Dans cette affection, le péritoine est parsemé sur toute son étendue de petites granulations d'un rouge foncé, de grosseur variable. Dans une de nos opérations, le péritoine était recouvert partout de bourgeons aussi gros que des noisettes, que nous considérons à première vue comme des nodosités cancéreuses. On peut certainement se demander si la forme

(1) *Edinb. med. Journ.*, mai 1886.

papillaire de péritonite que nous venons de signaler résulte toujours d'une infection tuberculeuse : toujours est-il que la recherche des bacilles de KOCH est nécessaire pour assurer le diagnostic.

La raison de la prédominance de cette affection chez la femme réside dans la possibilité de l'infection du péritoine par l'intermédiaire des trompes ; il est de fait que ces conduits sont très souvent malades en même temps que le péritoine. La péritonite tuberculeuse provoque toujours un épanchement plus ou moins abondant de liquide dans le péritoine et c'est cette ascite qui amène la plupart des malades chez le médecin (1).

Il est arrivé et il arrive encore assez souvent d'ouvrir le ventre après avoir porté le diagnostic de tumeur abdominale et de se trouver en présence d'une péritonite tuberculeuse. Cependant, l'intervention chirurgicale s'est montrée utile en pareil cas malgré l'erreur de diagnostic, et ces observations ont amené les chirurgiens à intervenir activement dans les cas avérés de péritonite tuberculeuse.

L'opération consiste à inciser la paroi abdominale pour évacuer le liquide renfermé dans le péritoine. Ce n'est certainement pas à la petite quantité d'iodoforme répandue sur le péritoine qu'il faut attribuer la vertu bienfaisante de l'intervention, attendu que les cas dans lesquels l'iodoforme n'a pas été employé ont donné des résultats tout aussi favorables. Un certain nombre de malades sont restés sans ascite pendant des années ; d'autres ont succombé à la tuberculose d'autres organes.

Dans un cas fort intéressant opéré par SCHRÖEDER et publié par WINTER (2), l'ascite, résultant de la péritonite tuberculeuse, ne s'était pas encore reproduite après l'opération, mais

(1) Consulter DERVILLE. *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme*. Paris, 1887.

(2) *Ges. f. Geb. u. Gyn.*, 24 juin 1887 ; *Centralbl. f. Gyn.*, n° 31.

la malade présentait, à cette époque, une endométrite tuberculeuse avec catarrhe du sommet du poumon droit.

HIRSCHBERG (1) signale une observation plus intéressante encore ; il pratiqua la laparotomie chez une malade atteinte de péritonite tuberculeuse et il trouva le péritoine parsemé de nodosités de la grosseur d'un pois ; 8 mois plus tard, la malade mourut de phthisie pulmonaire ; à l'autopsie, on trouva le péritoine parfaitement lisse et uni.

A en juger d'après les observations qui ont été publiées, l'influence bienfaisante de l'évacuation du liquide aurait été surtout frappante dans les cas où les exsudats étaient encapsulés dans le péritoine. Sur 29 cas de péritonite certainement tuberculeuse, signalés récemment par FEHLING (2), 21 présentaient des exsudats encapsulés dans le péritoine. Nous croyons avec FEHLING et KUEMMEL (3) que la cause intime de l'influence bienfaisante exercée par l'opération n'est pas encore connue. Toujours est-il que cette opération gagne tous les jours du terrain.

(1) *Verhandl. d. deutsch Gesellsch. f. Gyn.*, Leipzig, 1886, p. 225.

(2) *Beiträge zur Laparotomie bei Peritonealtuberculose. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte*, 1887.

(3) *Laparotomie bei Bauchfelltuberculose. Deutsche med. Woch.*, 1887.

§ 27. — Opérations pratiquées sur la vessie.

Nous avons déjà décrit (chap. V, D) les méthodes imaginées spécialement par SIMON, pour rendre la vessie accessible à l'exploration directe et à l'intervention opératoire. Ces méthodes consistent :

1° A dilater graduellement l'urèthre, pour permettre l'introduction du doigt ou des instruments.

2° A inciser la vessie par le vagin : colpocystotomie.

Un troisième procédé, plus souvent employé chez l'homme que chez la femme, consiste à ouvrir la vessie au-dessus de la symphyse pubienne :

Nous avons étudié déjà précédemment la valeur de ces méthodes au point de vue du diagnostic. Au point de vue opératoire, elles peuvent servir :

1° A extraire des corps étrangers hors de la vessie ;

2° A extirper certains néoplasmes de la muqueuse vésicale ;

3° Dans le cas de catarrhes chroniques rebelles de la vessie, à assurer pour quelque temps l'écoulement régulier de l'urine ;

4° A guérir des abcès chroniques ouverts dans la vessie.

Corps étrangers. — La première de ces indications se rencontre assez souvent : il s'agit alors de corps étrangers (1) introduits dans la vessie, le plus souvent à la suite de manœuvres de masturbation, ou bien de calculs vésicaux.

La méthode opératoire à suivre — dilatation du canal de l'urèthre ou incision de la vessie — varie d'après le volume, la composition, la forme et la dureté du corps étranger à

(1) Voir WINCKEL, *loc. cit.* p. 211.

extraire. La dilatation de l'urèthre suffit généralement, attendu que les corps étrangers introduits dans la vessie sont d'ordinaire peu volumineux et que les calculs urinaires se laissent le plus souvent broyer sans trop de difficultés.

Après avoir convenablement dilaté l'urèthre, on introduit dans la vessie, sur le doigt ou sans l'assistance du doigt, une pince permettant de saisir et d'extraire le corps étranger. S'il s'agit de calculs, il faudra les broyer, extraire les fragments à l'aide d'une pince ou bien au moyen d'irrigations vésicales abondantes.

Si la dilatation de l'urèthre paraît insuffisante, on ouvrira *directement* la vessie par le vagin pour extraire le corps étranger. Les calculs d'urates, que l'on observe communément chez la femme, sont parfois irréguliers et rugueux au point de provoquer des fistules vésico-vaginales et d'amener la destruction gangréneuse de la muqueuse vésicale.

J'ai eu deux fois l'occasion d'extraire des épingles de cheveux hors de la vessie : dans le premier cas, il s'était formé un calcul autour de l'épingle ; dans le second, la pointe de l'épingle avait perforé la paroi uréthro-vésicale et il fallut inciser l'urèthre pour pouvoir enlever le corps étranger.

Dans un cas de calcul opéré par SCHROEDER chez une jeune fille, la muqueuse vésicale de la vessie fut expulsée tout entière, et après la cicatrisation de l'incision faite à la cloison vésico-vaginale, il ne resta de la vessie qu'un recessus de la grandeur d'une fève.

Néoplasmes.— Dans le cas de néoplasme de la vessie, il faut également rendre cette cavité accessible par l'une des méthodes précédemment décrites ; il a même été parfois nécessaire de diviser l'urèthre jusqu'au col de la vessie.

Si la tumeur est nettement *pédiculée*, il suffit parfois d'introduire le long du doigt une longue pince pour saisir les masses polypeuses et pour les enlever par torsion ou par ar-

rachement. Mais comme ce procédé peut donner lieu à de fortes hémorragies, il sera préférable de chercher à attirer la tumeur de façon à pouvoir appliquer une ligature avant d'en pratiquer la section. La paroi vésicale est très souple et très mobile, et il suffit de tractions régulières et continues pour abaisser ces tumeurs d'une manière notable.

Si le mode de connexion de la tumeur avec la paroi vésicale ne permet pas de faire l'opération par l'urèthre, on pratiquera, à l'exemple de SIMON, la section de la cloison vésico-vaginale; en divisant au besoin le canal de l'urèthre, on attirera la tumeur dans la plaie, on incisera la muqueuse vésicale autour de l'endroit d'insertion et on s'efforcera de détacher la tumeur des tissus avoisinants. S'il est possible, on réunira par la suture la plaie faite à la muqueuse vésicale.

Si la tumeur est volumineuse, si elle siège sur la paroi latérale de la vessie, et que la réunion par la suture est impossible, on arrêtera l'hémorragie par des irrigations d'eau glacée ou par le tamponnement.

Quant à la plaie de la cloison vésico-vaginale, on peut la réunir immédiatement ou attendre la guérison de la plaie faite à la vessie. Cette dernière méthode me semble préférable: elle assure l'écoulement permanent de l'urine et elle permet de contrôler la guérison de la plaie de l'intérieur de la vessie. Pour plus de détails sur l'anatomie, le diagnostic et le traitement opératoire des tumeurs de la vessie, je renvoie le lecteur à l'excellente monographie de E. KUESTER (1).

SCHRÖDER a pratiqué plusieurs opérations de ce genre, toutes avec succès; dans l'une d'elles, il fallut diviser toute la paroi postérieure de la vessie et, si j'ai bon souvenir, ouvrir le péritoine. SCHRÖDER fermait la fistule vésico-vaginale longtemps après la première opération. Dans un cas, KALTEN-

(1) Ueber Harnblasengeschwülste und ihre Behandlung. *Volkman's Vorträge* n°s 267 et 268.

BACH (1) obtint la guérison en fermant immédiatement la fistule ; KUEMMEL (2) réunit isolément les diverses couches de l'incision vésico-vaginale, au moyen de la suture continue au catgut ; il obtint également la guérison, moyennant une petite opération secondaire.

J'ai tenté deux fois l'opération dans le cas de cancer de la vessie, mais dans les deux cas, après avoir incisé la cloison, vésico-vaginale, j'ai été forcé d'abandonner l'opération parce que le néoplasme avait déjà envahi les tissus ambiants. Dans l'une de ces observations, il s'agissait d'un cancer en chou-fleur, de la grosseur du poing, qui s'était développé, chez une femme de 34 ans, en 6 ou 8 mois, sans la moindre hématurie, mais avec d'autres symptômes vésicaux d'une grande violence.

Catarrhe chronique. — Dans certains cas fort rares, l'incision vésico-vaginale est indiquée dans le but d'assurer l'écoulement permanent des urines. J'ai déjà insisté précédemment (chap. V, D) sur le traitement local du catarrhe chronique de la vessie et sur les moyens que nous possédons d'assurer l'écoulement continu de l'urine. Il est des cas de cystite chronique avec hypertrophie de la couche musculaire, où le *ténésme* est si violent et où la muqueuse vésicale est tellement sensible que l'introduction à demeure d'une sonde quelconque est absolument intolérable.

C'est dans ces conditions que SCHRÖDER et d'autres chirurgiens ont eu recours à l'opération de la fistule vésico-vaginale artificielle pour faciliter la guérison de l'inflammation vésicale. Les opérées de SCHRÖDER appartenant toutes à la clientèle privée, je n'ai malheureusement pas pu me renseigner sur l'état ultérieur de ces malades.

(1) *Langenbeck's Archiv*, Bd. 30.

(2) KUEMMEL, *Zur Operation und Diagnose der Blasentumoren. Deutsche med. Wochenschr.* 1887.

Abcès ouverts dans la vessie. — L'opération consiste à ouvrir la vessie pour permettre au drainage par l'application directe de médicaments de hâter la guérison. Cette indication se présente encore plus rarement que la précédente. Cependant, cette opération constitue parfois la seule et suprême ressource pour mettre un terme à des écoulements de pus qui persistent pendant des années et qui consomment les forces des malades.

Le procédé opératoire consiste à dilater l'urèthre et à chercher ensuite à élargir le trajet fistuleux pour y injecter soit une émulsion d'iodoforme, soit une solution de nitrate d'argent; ou bien on peut, ainsi que SCHROEDER l'a fait trois fois (1), ouvrir la vessie au-dessus de la symphyse pubienne, amener la guérison de la cavité de l'abcès et fermer ensuite de nouveau la fistule par l'avivement et la suture. La guérison fut complète dans les trois cas; cependant, de l'avis de la plupart des chirurgiens, la taille hypogastrique est une opération grave.

A ce groupe d'opérations appartient le procédé imaginé d'abord par TRENDELENBURG, préconisé depuis par MEYER (2), et qui consiste à pratiquer la taille hypogastrique pour guérir, par la voie vésicale, les fistules vésico-vaginales très étendues.

Une opération unique dans son genre a été pratiquée par SCHATZ (3): ce chirurgien fit la taille hypogastrique pour exciser de la vessie un ulcère de la largeur d'une paume de main; il sutura la plaie, pratiqua le drainage et obtint une guérison complète. Seulement, une affection des reins se déclara quelque temps après l'opération. Il s'agissait probablement, dans cette observation, de tuberculose de tout l'appareil urinaire. On peut se demander si, en présence d'une affection

(1) Voir VEIT, *Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. Gyn.*, Bd. I, p. 248.

(2) Ueber die Verwendung d. hohen Steinschnitts etc. *Langenbeck's Archiv*. Bd. 31.

(3) *Verh. d. deutsch Ges. f. Gyn.* Bd. I, p. 23.

aussi grave, une intervention opératoire aussi dangereuse est suffisamment justifiée.

La technique de ces opérations a déjà été décrite en partie dans les pages précédentes.

Pour faire la taille sus-pubienne, on commencera par distendre la vessie par une injection abondante de liquide désinfectant, pour faire monter la vessie jusqu'au-dessus de la symphyse. Ce mouvement d'ascension sera encore favorisé par l'introduction d'un colpeurynter dans le rectum. On fait une incision longue de 6 à 8 centimètres sur la ligne blanche et on pénètre jusque contre la vessie que l'on saisit au moment de l'inciser ; il suffit de quelques sutures provisoires pour fixer la vessie dans la plaie. La tumeur étant mise à découvert, SCHATZ et KUESTER conseillent d'en comprimer la base dans une ligature avant de l'exciser.

Faut-il suturer l'incision faite à la vessie immédiatement après l'opération ? Les avis sont encore partagés à cet égard. Dans l'opération qu'il a pratiquée, KUEMMEL réunit l'incision vésicale par trois séries de sutures au catgut, tout en ayant soin de laisser ouverte la partie inférieure de l'incision abdominale. D'autres auteurs déconseillent l'opération immédiate. La ligne de conduite à suivre variera, du reste, d'après les conditions anatomiques de chaque cas particulier.

Le *pronostic* de l'opération dépend en première ligne de l'affection qui l'a réclamée. Il est surtout défavorable dans les tumeurs de la vessie, non seulement à cause des caractères anatomiques de ces néoplasmes, mais encore à cause des difficultés techniques de l'opération, du danger d'hémorragie, etc.

Dans un cas publié par SCHATZ (1) il survint, deux années après l'extirpation d'un polype papillaire de bonne nature, un cancer de la vessie partant du point d'insertion de la pre-

(1) SCHATZ, *loc. cit.* p. 254.

mière tumeur et qui emporta la malade. Je ne suis malheureusement pas à même de fournir des renseignements précis sur l'état ultérieur des malades opérées par SCHRÆDER.

Les renseignements fort incomplets qui nous ont été fournis sur le sort ultérieur des opérées ne nous permettent pas de prononcer un jugement définitif sur la valeur des opérations qui nous occupent. L'extirpation des tumeurs vésicales de bonne nature a plusieurs fois amené une notable amélioration, tandis qu'à en juger d'après le rapport de KUESTER, l'ablation de tumeurs de mauvaise nature n'aurait pas encore été suivie de guérison radicale.

TABLE ANALYTIQUE

- Abscès péri-utérins, 413, — diagnostic, manuel opératoire, 414.
 Ablation de l'hymen, 90.
 Adhérences des trompes, 317.
 — des tumeurs utérines avec l'épiploon, l'intestin, 269.
 Aiguilles et porte-aiguilles, 12, 36.
 — montée de Deschamps, 14.
 Allongement de la lèvre antérieure du col, 193.
 Allongement opératoire des myomes utérins (d'après Hegar), 230.
 Amputation du col, 195, 200.
 — supra-vaginale, 206, — méthode de Kaltenbach, 210.
 — supra-vaginale de l'utérus, 278.
 Anesthésie en gynécologie, 32.
 Antisepsie en gynécologie, 21.
 — des instruments, 23.
 Anus vaginal contre nature, 179.
 Appareil de Bozeman, 6.
 — de Junker, 33.
 Arsenal gynécologique, 1.
 Atrésie vaginale, 120, — diagnostic, 121, — opération, 123, — traitement consécutif, 125.
 — de l'urèthre, 170.
 — de l'anus, 96.
 — de l'hymen, 93.
 — de la vulve, 92.
 Avivement triangulaire (dans la péri-neorrhaphie), 108, — tracé de l'avivement, 109.
 — de Freund, 111, — méthode de Martin, 112, — sutures, 113.
 Bandage abdominal de Hofmeier, 78.
 — de Beely et Martin, 79.
 Bromure d'éthyle, 33.
 Cancer du col utérin, 290.
 — de la vulve, 101.
 — de l'utérus gravide, 293.
 Carcinome du vagin, 184, — opération, 185.
 Castration, indications, 389 — ablation des trompes, — application des ligatures, 401, — complications, difficultés, adhérences, 403, — pronostic, statistiques, 404.
 Catarrhe vésical, (traitement) 65.
 Cathétérisme de l'urèthre, 62.
 Ceinture de Teuffel, 79.
 Chaise de Veit, 3.
 Changements de position de l'utérus, 312.
 Chloroforme, 32.
 Clamp à forcipressure de Chéron, 139.
 Clitoridectomie, 90.
 Cloisons vaginales, 127.
 Cocaïne, 34.
 Coccygodynie, 119.
 Col conique, 193.
 — utérin (opérations préparatoires), 52.
 Colpocleisis, 171, 191.
 Colpocystotomie, 65.
 Colpopérinéorrhaphie, 142, — avivement en trapèze, triangulaire, 143, — avivement de Hofmeier, 145, — procédé de Simon-Hegar, 146.
 Colporraphie, 136.
 — antérieure, 136.
 — postérieure, 141.
 — médiane, 142.
 Corps de l'utérus, (opérations sur le) généralités, 213, — indications générales, 214,

- Curettage utérin, indications, 215, — manuel opératoire, 217, — pronostic, 219.
- Curette, 218.
- Dilatation du col utérin, 53.
- Dilatateurs en gomme de Hegar, 57, — métalliques, 57, — de Schultze, 58.
- Dilatation de l'urèthre, 63, 86, — opération de Schröder, 87, — opération de Pawlick, 88.
- Discision du col utérin, 59, 160, 193.
- Drainage, 75.
- capillaire, 326.
- Eau naphtolée, 26, 51.
- Ecarteurs de Benckiser, 8.
- Episiorraphie, 135.
- Episiotomie, 171.
- Epispadias, 83.
- Eponges, leur désinfection, 38.
- Ether, 33.
- Etuves à stériliser, 15, 17.
- Excision totale du col, mortalité, 209.
- Exploration de la vessie, 63.
- Exsudats péri-utérins, 412.
- Extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale, 286.
- Extirpation totale de l'utérus par le vagin, 289.
- Extirpation des tumeurs de l'utérus par le vagin, indications, 220, — diagnostic, 227, — manuel opératoire, 229, — section au pédicule, 230, — énucléation, 231, — époque de l'opération, 235, — complications, drainage, 237, — soins consécutifs, 238, — pronostic, 239.
- Fer rouge en gynécologie, 69, 257.
- Fibromes extrapéritonéaux, 242.
- utérins compliqués de grossesse, 245.
- du tissu cellulaire pelvien, 421.
- Fils à suture, 24, 38.
- Filtre à plaques d'arbestre, 18.
- Fistules vaginales (opération), 153.
- iléo-vaginale, 179.
- de l'intestin grêle et du vagin, 179.
- urinaires, — étiologie, variétés, symptômes, 154, — traitement pré-
paratoire, 155, — opération, 157, — avivement de Simon, de Bozeman et de Sims, 159, — sutures, 163.
- Fistules multiples, 169.
- recto-vaginales, 181.
- urétérales, 174.
- vésico-utérines, 166.
- Grossesse extra-utérine, 424, — variétés anatomiques, indications opératoires, 425, — manuel opératoire, 427, — statistique, 432.
- tubaire, 317, 321.
- Hématocolpité, 94. — latérale, 122.
- Hématomes péri-utérins, 417, — indications opératoires, 417.
- de la vulve, 103.
- Hématomètre, 95, 121.
- Hémostase, 10, 45.
- Hernie des ovaires, 409.
- Hydropsie des follicules de Graaf, 344.
- Hydrosalpinx, 317.
- Hypospadias, 81.
- Hystérectomie abdominale, 241, 286, — mortalité, 288.
- vaginale, historique, 289, — indications, cancer utérin, 290, — traitement préliminaire, 292, — manuel opératoire, 294, — résultats, 301, — traitement consécutif, 303, — statistiques, 304, — résultats définitifs, 307, — difficultés, 308, — pour prolapsus complet de l'utérus, 314.
- Hystéroclectomie, 167.
- Incision exploratrice, 344.
- Incontinence d'urine, 177.
- Injections intra-utérines, 26.
- Inversion utérine, 281.
- Irrigation vaginale, 49.
- intra utérine, 59.
- Kystes de la vulve, 103.
- du vagin, 183.
- des ligaments larges, 419.
- à échinocoques du bassin et du péritoine, 422.
- Laminaria, 53.
- Ligature des vaisseaux, 45, — élastique, 46.

- Morcellement des fibromes utérins, 24.
 Myomes du col de l'utérus, 225.
 — sous-séreux, 261.
 — utérins, 222, — points d'implantation et formes, 223.
 Myomotomie, 241, — indications, 243, — manuel opératoire, 246, — ablation de la tumeur, 248, — formation du pédicule, 249, — hémostase, sutures, 251, — difficultés, section des annexes, 253, — excision de la tumeur, 257, — suture de l'utérus, 259, — traitement du pédicule, 263, — Drainage, 265, — traitement extra-péritonéal du pédicule, 267, — traitement consécutif, 271, — suites de l'opération, 273, — pronostic, 274, — statistique des résultats, 275.
 Naphthol camphré, 2.
 Néoplasmes de la vulve, 98, — classification, 99.
 Nœuds de suture, 43.
 Nombre des assistants aux opérations, 30.
 Oophorite, 395.
 Opérations pratiquées sur le col, pronostic, 210.
 — de Freund, 286.
 — d'Alexander, 313, — indications, pronostic, 314, — résultats, 315.
 — de Rose, 173.
 — plastiques sur le col utérin, 160.
 — d'Emmet, 96.
 — sur le col de l'utérus, 188 à 192.
 Ovaires, (opérations sur les) 329.
 Ovariectomie, 331, — indications, 331 à 349, — diagnostic de la tumeur, 342, — traitement préparatoire, 349, — instruments, 350, — manuel opératoire, 352, — incision de l'abdomen, 353, — mobilisation de la tumeur, destruction des adhérences, ponction du kyste, 354, — ligature et section du pédicule, 360, — toilette du péritoine, 363, — occlusion de la plaie, 365, — pansement et bandages, 367, — traitement consécutif, résultats opératoires, 368. —
 Complications, 369. — Difficultés de l'hémostase, 372. — Accidents de la convalescence, 377. — Pronostic, 381. — Statistique des résultats, 382.
 Pansements et bandages en gynécologie, 71.
 Pansement des plaies vaginales, 72.
 Pansements pulvérulents, 73.
 — dans les opérations abdominales, 74.
 Parotidite (après l'ovariotomie), 380.
 Périnéorrhaphie, 104, — avivement triangulaire, 108, — méthode à lambeaux, 115, — traitement consécutif, 117.
 Péritonite tuberculeuse, 433.
 Petites lèvres, (ablation) 92.
 Pince tire-balles, 9.
 — à polypes de Smith, 235.
 — clamp pour ligature élastique, 251.
 — canule et troicart de Breisky, 125.
 — de Muzeux, 9.
 — hémostatiques, 11.
 Polypes externes de l'utérus, 241.
 — de l'urèthre, 85.
 Ponction des tumeurs ovariennes, 329, 344, 351.
 Porte-aiguilles de Hagedorn, 13. — de Hegar, 37.
 Porte-éponges, 12.
 Préparation du champ opératoire, 25.
 Prolapsus complet de l'utérus, 311.
 Prolapsus du vagin, 129, — Mécanisme de la production, 129, — indications de l'opération, 132, — soins préliminaires, 134, — opération, 135, — soins consécutifs, 143, — résultats de l'opération, 149.
 Pseudo-myxomes de l'ovaire, 337.
 Pulvérisateur à iodoforme, 19.
 Pyosalpinx, 317.
 Rectum (opérations préliminaires), 66.
 Relève-jambes de Sænger, 5.
 Résection d'une partie de la trompe, 324. — de l'ovaire, 387.

- Rétrécissements de l'urèthre, 85.
 Salles d'opérations, 27.
 Salpingotomie, 316, — indications, 316,
 — manuel opératoire, 323, — résultats de l'opération, 327.
 Seringue pour injections intra-utérines, 61.
 Sonde de Skene, 66.
 — urétrale de Schröder, 63.
 — de Bozeman, de Budin, 16.
 Spéculum de Mathieu, 69.
 — dilateur de l'urèthre, 64.
 Spray, 28.
 Sténose et atrésie du col utérin, 188, —
 diagnostic, opération, 189.
 Stomatoplastie, 193.
 Sutures, 36, 39, — profondes, moyennes,
 superficielles, 42, — continues, 43,
 — enchevillée, 367.
 Tables à opérations, 1, 5.
 Tamponnement vaginal, 51.
 Tension des fils à sutures, 40.
 Tentes éponges, 53.
 Thermo-cautère de Paquelin, 70.
 Tord-nœuds, 14, 45.
 Trompes (opérations sur les) 316.
 Tuberculose des trompes, 322.
 Tumeurs du corps de l'utérus [ablation
 des] par la voie abdominale, — gé-
 néralités, 241, — indications, 243,
 — manuel opératoire, traitement
 préparatoire, incision de l'abdo-
 men, 246, — ablation de la tumeur,
 méthode intra-péritonéale, hémos-
 tase, sutures, traitement du pédi-
 cule, 248. — Difficultés, section des
 annexes, 255.
 Tumeurs des ligaments ronds, 422.
 — tubo-ovariques, 319.
 — des trompes, 317, — diagnostic
 différentiel, 320.
 — ovariennes, 331, — dermoïdes, 333,
 — kystes papillaires, 333, — papil-
 lomes, 334, — sous-séreuses, rap-
 ports anatomiques, adhérences,
 335, — solides bilatérales, 337, —
 torsion du pédicule, 339, — symp-
 tômes, 341, — diagnostic, 342, —
 dégénérescence maligne, 345, —
 compliquées de grossesse, 348.
 — pédiculées du vagin, 186.
 — du vagin, 183.
 Tupelo, 54.
 Urèthre (opération), 81.
 Utérus (opérations préparatoires sur
 le corps), 59.
 — double, 123.
 Vagin (opérations sur le), 49, 120.
 Vaginisme, 90.
 Valves de Simon, 7.
 Ventro-fixation de l'utérus, 313.
 Vessie (opérations sur la), — corps
 étrangers, 437, — néoplasmes vé-
 sicaux, 438, — catarrhe chronique,
 440, — abcès ouverts dans la ves-
 sie, 441, — pronostic des opéra-
 tions, 441.
 Vessie (opérations préparatoires), 62.
 Vêtements des opérateurs; 22, 29.
 Vulve (opérations), 90.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX CITÉS

- Ahlfeld.** *Deuts. med. Woch.*, 1880, n° 3.
- Alexander.** *Treatm. of backw. displ. of the uterus*, London, 1883.
- Antal.** *Centr. f. Gynæk.* 1882, no 30.
- Bandl.** *Zur Oper. der Scheidenblasenfist.*, Wien, 1878.
 — *Zur Entstehung und Behandlung d. Harnleiterscheidenfist.*, 1878.
 — *Erkrank. der Tuben. Deutsche Chirurgie*, n° 59, 1886.
- Bardenheuer.** *Zur Frage d. Drain. der Peritonealhöhle*, Stuttgart, 1880.
- Barnes.** *Clinical Lectures.*
- Beaucamp.** *Tuboovarialschwangerschaft. Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. X.
- Benckiser et Hofmeier.** *Beit. z. Anat. des Schwang. und Kreiss. Ut.*, Stuttgart, 1887.
- Beurnier.** *Ligaments ronds de l'utérus*, Paris, 1887.
- Biefel.** *Zeitsch. f. Gyn.*, Bd. XV.
- Bischoff.** *Frauenkrank.* p. 239.
- Bozeman.** *Rem. of vesico-vag. fistula*, 1886.
- Braun (C).** *Lehrbuch der gesam. Gynæk.*, 1881.
 — *Wien. med. Woch.* 1887, n° 22.
- Breisky.** *Krank. d. Vagina*, Stuttgart, 1886.
 — *Arch. f. Gyn.*, Bd. II.
- Brennecke.** *Zeits. f. Geb. und Gynæk.*, Bd. 12.
 — *Etiol. d. Endom. fungosa. Arch. f. Gyn.* Bd. XX.
- Buch.** *Charité Annalen*, 1879.
- Bumm.** *Ub. Parotitis nach Ovariectomie. Munch. med. Woch.*, 1887, n° 10.
- Burckhardt.** *Eine neue Operationsmethode bei submucösen Myomen. Berl. Kl. Woch.*, 1879.
- Burnier.** *Tuboovarialcysten. Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. V.
- V. Campe.** *Zeits. f. Geb. und Gyn.* Bd. X, p. 356.

- Chartier (A).** *Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus*, th. Paris, 1889.
- Chroback.** *Billroth-Luecke Handb. der Frauenkr.*
- Cohn.** Boesart. Geschw. der Eierstöcke. *Zeits. f. Geb. und Gynæk.* Bd. XII.
- Crede.** *Arch. f. Gyn.*, Bd. 22,
- Czempin.** Ub. d. Enucl. intrapar. Myome. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XIV.
— Beziehung der Uterussch. zu d. Erkrank. d. Adnexa. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XIII.
- Czerny.** Vaginal Myomotomie. *Wiener med. Woch.*, 1881.
— Ub. Ausrott. der Gebaermutterkr. *Wiener med. Woch.*, 1879, n^{os} 45 à 49.
- Davidsohn.** *Berlin. klin. Woch.*, 1888, n^o 35.
- Derville.** *Infect. tub. par la voie génitale chez la femme*, Paris, 1887.
- Desprésaux.** *Du curettage de l'utérus. Indications et technique*, th. Paris, 1888.
- Dirner.** *Zur Frage des Stielversorg.*
- Dohrn.** Todesfälle nach Embolie bei Unterleibstumoren. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. X, p. 135.
- Dolérís.** *Nouv. arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1886.
- Doran.** Malform. of the Fallopian Tube. *Transact. of the Obst. Society of London*, July, 1886.
- Duncan.** *Edinb. med. Journ.*, mai 1882.
- Emmet.** *Amer. Journ. of obstetrics*, 1874.
- Falk. V.** *Ein Fall von Tuboovarialschwangerschaft*. Inaug. Diss., Berlin, 1887.
- Fehling.** *Beit. zur oper. Behand. der Uterusmyome*, Stuttgart, 1878.
— *Correspond. f. Schw. Aerzte*, 1887.
- Flaischlen.** *Zeits. f. Geb. und. Gyn.* Bd. VI et VII.
- Fraenkel.** *Centralb. f. Gynæk.*, 1884, n^o 49 et 1886, n^o 25.
- Freudenberg.** *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* Bd. V.
- Freund.** Ueber Darmplastik. *Arch. f. Gynæk.* Bd. VI.
— Eine neue Meth. der Extirp. d. ganzen Uterus. *Volkmann's Votr.*, n^o 133.
— *Gyn. Klinik*, Strasb. 1885.
- Fricke.** *Annal. d. chir. Abth. d. Hamb. Krank.* Bd. II (d'après Hegar).
- Fritsch.** *Volkmann's Votr.* n^o 288.
— *Lagevercend. d. Gebärm.*, chap. VI.

- Fritsch.** *Centralb. f. Chir.*, 1887, n° 30.
— *Arch. f. Gynæk.* Bd. 29.
- Frommel.** *Münch. med. Woch.*, 1886, n° 52.
— *Beit. z. Hist. der Eileiter. Verhand. d. deuts. Gesellsch. f. Gyn. in Münch.*, 1886.
- Gardner.** *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 17.
- Gérardin.** *Arch. gén. de méd.*, 1825.
- Goenner.** Zur Therapie der Carcin. Uteri in Schwang. *Zeits. f. Geb. und Gynæk.* Bd. X.
— *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* Bd. VIII.
- Gottschalk.** *Arch. f. Gyn.* Bd. 29.
- Gueterbock.** *Arch. f. kl. Chir.* XXIV.
- Gusserow.** *Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 2.
— *Neubildungen d. Uterus.*
- Hacken (V.)** *Wiener med. Woch.*, 1885, n° 48.
- Hahn.** *Berl. klin. Woch.*, 1879.
- Harrington.** Oper. of. Shorten. the round ligam. *Boston med. journ.*, avril 1886.
- Hegar.** *Tagebl. d. Insbr. Naturf.*, n° 7.
— *Entstehung, Diagnose und chirurg. Behand. d. genitaltub. der Weibes*, Stuttgart, 1886.
— Begriffbestimmung der Castration. *Centr. f. Gynæk.* 1887.
— Castration bei Frauen. *Volkmann's Vortr.*, n° 42.
— *Centr. f. Gynæk.* 1887, n° 44.
- Hegar et Kaltenbach.** *Gynécologie opératoire*, trad. P. Bar, Paris 1885.
- Heilbrunn.** *Centralb. f. Gyn.*, 1885, n° 5.
- Hempel.** Zur Cas. der Urinfisteln. *Arch. f. Gyn.* Bd. X.
- Heppner.** *St-Petersb. med. Woch.*, 1872.
- Hirschberg.** *Verhand. d. deutsch. Gesells. f. Gyn.*, 1886, p. 225.
- Hoelck.** *Abdom. Gravidit.* Inaug. Diss., Berlin 1887.
- Hofmeier.** *Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 1.
— *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. V. — Bd. XII.
— *Deuts. med. Woch.*, 1887, n° 49.
- Hunter.** *Pyosalpinx. Amer. J. of. obstetr.*, oct. 1885.
- Jakubasch.** *Charité-Annalen*, 1881.
- Jobert.** *Traité de chirurgie plastique*. Paris, 1849.
- Jungbluth.** *Volkmann's Vortr.*, n° 235.

- Kaltenbach.** Tubenstenose mit secund. Hyp. der Wandungen, *Arch. f. Gyn.* Bd. 27, p. 317.
— *Langenbeck's Arch.* Bd. 30.
- Kleberg.** *St-Petersb. med. Woch.*, 1877.
- Klotz.** *Centr. f. Gyn.* 1889, n° 2.
- Kuemmell.** *Centralb. f. Chir.* 1885, n° 24 et 1886, n° 17.
— *Deuts. med. Woch.*, 1887.
— Oper. und. Diagnose der Blasen-tumoren. *Deuts. med. Woch.*, 1887.
- Kuester.** *Centralb. f. Gynæk.*, 1884, n° 1 et 1885 n° 11.
— *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. VII, Bd. XIII.
— *Arch. f. Gynæk.*, Bd. IX.
— Harnblasengesch. und ihre Behandlung. *Volkmann's Vorträge*, nos 267 et 268.
- Landau.** *Natursf. zu Cassel*, 1878.
— *Arch. f. Gynæk.* Bd. VII et IX.
- Langner.** *Berl. klin. Woch.*, 1886, n° 23.
- Lauenstein.** *Centralb. f. Gynæk.*, 1886, n° 4.
- Lawson Tait.** *Obst. Soc. of. London*, XXI.
— *Brit. gyn. journ.* Bd. 1, p. 77.
— *Edinb. med. journ.* Mai 1886.
- Lebedeff.** *Arch. f. Gynæk.* Bd. 16.
- Leblond.** *Chirurgie Gynécol.*, p. 322.
— *Gazette des hôp.* 1876.
- Lefort (L).** *Bull. de Thérap.* 1887.
- Léopold.** *Arch. f. Gyn.* Bd. 30 et 31.
— Extirpat. v. Tubarsaecken. *Arch. f. Gyn.* Bd. 29.
— *Volkmann's Klin. Vort.*, n° 333.
— *Cent. f. Gyn.*, 1885 et 1886, n° 48.
- Litzmann.** *Arch. f. Gyn.* Bd. XVI et XIX.
- Loehlein.** Subac. Oophoritis. *Zeit. f. Geb. und. Gyn.* Bd. XII, p. 205.
- Lomer.** U. die Enucléation d. Myome. *Zeits. f. Geb. und. Gyn.* Bd. IX.
- Manrique.** *Opération d'Alexander.* Paris, 1886.
- Martin (A).** *Traité clin. des mal. des femmes.*, trad. Varnier et Weiss, Paris, 1889.
— *Volkmann's Votr.* nos 183, 184 et 343.
— *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.* Bd. IV, p. 320.
— *Tageb. d. Naturf. z. Cassel*, 1878.
— Ueber Sielversorgung nach Myomen Oper. *Berl. kl. Woch.*, 1886.
— *Amer. j. of. obstet.* Bd. XX, p. 1106.
— *Berl. Klin. Woch.*, 1887, n° 5.

- Martin (A).** Ueb. Tubenerkr. *Zeits. f. Geb. und. Gyn.* Bd. 29.
— Extraper. periut. Hematom. *Zeit. f. Geb. und. Gyn.* Bd. VIII.
— *Die Castration der Frauen.*
- Meinert.** *Arch. f. Gyn.* Bd. 29.
- Menzel.** Castr. d. Frauen. *Arch. f. Gyn.* Bd. 26.
- Meyer.** Verwendung der hoehen Steinschnitt. *Langenbeck's Arch.* Bd. 31.
- Moericke.** Ueber die Amput. der Portio vaginalis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. III.
- Moericke et Frommel.** *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.*, Bd. V et VII.
- Mueller.** Die Steril. der Ehe. *Billroth-Luecke. Handb. der Frauenk.*, 1886.
— *Centralb. f. Gynæk.*, 1887, n° 12.
- Nagel.** Pathol. Anat. der Ovarien. *Centr. f. Gyn.*, 1887 et *Arch. f. Gyn.*, Bd. 31.
- Neuber.** *Die antisept. Wundbehandlung.* Kiel, 1886.
- Neugebauer.** *Centr. f. Gyn.*, 1881, nos 1 et 2.
— *Annales de Gynécologie*, 1884.
- Nott.** *Amer J. of. Obst.*, vol. I, p. 243.
- Olshausen.** *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1882.
— *Klin. Beiträge.*, 1884.
— Ub. ventr. Operat. bei Prolapsus und Retrov. Uteri. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 43.
— *Krank. der Ovarien*, Stuttgart, 1886.
- Orthmann.** *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XIV, p. 232.
- Pawlick.** *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, p. 324 et Bd. VIII.
- Péan et Hurdy.** *Hystérotomie*, Paris, 1873.
- Pénaire.** *Des endométrites infectieuses. Rôle des micro-organismes.* Paris, 1889.
- Pinard et Varnier.** *De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif de l'infection puerpérale*, avec planches, Paris, 1886.
- Reichel.** *Zeitsch. f. Geburt. u. Gynæk.*, Bd. XIV.
- Römer.** *Deuts. med. Woch.*, 1883, n° 52.
- Rose.** *Deuts. Zeitsch. f. Chir.*, Bd. IX.
— *Sitz. der Berl. Ges. f. Geb. und Gyn.*, 27 avril 1883.
- Ruge et Veit.** Zur Pathol. der Vaginalportion. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. II.
- Rydygier.** *Berl. klin. Woch.*, 1886, n° 44.
- Saenger.** *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 44, 1887, n° 30, 1888, n° 2.

- Saenger.** *Volkmann's Vort.*, n° 301.
 — *Kaiserschnitt b. Uterusfibr.*, 1882. — *Arch. f. Gyn.* Bd. 21.
 — *Path. and Classif. of. salping.* *Amer. J. of Obst.*, mars 1887.
 — *Prim. derm. Gesch. d. Lig. lata*, *Arch. f. Gyn.* Bd. XVI et XXI.
- Schatz.** *Arch. f. Gynæk.* Bd. X.
 — *Beit. meckl. Aerzte zur Lehre v. d. Echinocochenkrank.*
 — *Verhandl. d. deutsch. Gesells. f. Gynæk.* Bd. I, p. 23.
- Schede.** *Centralb. f. Gyn.*, 1881, n° 23.
- Schmid (H.).** *Centralb. f. Gynæk.*, 1882, n° 11.
- Schroeder.** *Centralb. f. Gynæk.*, 1879, n° 86 et 1885, n° 29.
 — *Charité Annalen*, IV, p. 347.
 — *Krank. d. weibl. Geschl.*, 1886, p. 725.
 — *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.* Bd. II, p. 386. — Bd. III, p. 421. — Bd. IV, p. 424. — Bd. XI, p. 460 et 437. — *Castration bei Neurosen.* Bd. XIII.
 — *Berl. Klin. Woch.*, 1885.
 — *Deuts. med. Woch.*, 1887, n° 19.
 — *Ub. die theilweise und vollst. Auschn. d. carcinomat. Gebær.* *Zeits. f. Geb. und Gynæk.* Bd. VI, p. 229.
 — *Allgem. nicht inf. Peritonitis.* *Zeits. f. Geb. und. Gyn.*
- Schuehle.** *Zeits. f. Geb. und. Gynæk.* Bd. X, p. 345.
- Schultze.** *Centralb. f. Gynæk.*, 1878, n° 7.
 — *Lageveränd. der. Gebärm.*, Berlin, 1882.
 — *Heilung schmerz. Puerperl. durch Amput. des Ut.* *Deutsch. med. Woch.*, 1886, n° 44.
- Simon.** *Volkmann's Vortr.*, n° 88.
 — *Beitr. z. plast. chir. Prag. Viertel. Jahr.*, 1867, p. 88.
- Simpson.** *Med. Times*, 1858.
- Sims.** *Gebärmutterchirurgie.*
 — *On the treat. of vesico-vaginal fist.* 1852.
- Szeguireff.** *Hémorrhagies utérines*, édit. franc. Varnier, Paris 1886.
- Slawjansky.** *Centralb. f. Gyn.*, 1881, n° 47.
- Spiegelberg.** *Berl. klin. Woch.* 1872, n° 21.
 — *Arch. f. Gyn.* Bd. V.
- Stratz.** *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIII.
- Stande.** *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.* Bd. V.
 — *Deuts. med. Woch.*, 1886, n° 25.
- Tauffer.** *Wiener. med. Woch.* janv. 1885.
- Thomas (G.).** *Diseases of Women.*
- Veit.** *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. II. u. Bd. XIV.
 — *Die Eileiterschwangerschaft*, Stuttgart, 1884.

- Veit.** *Centralb. f. Gyn.* 1886, n° 6.
— *Verhandl. d. deuts. Gesells. f. Gyn.* Bd. I, p. 248.
- Vulliet.** *Revue méd. de la Suisse romande*, 1885.
— *Arch. f. Gynæk.* Bd. XXIII.
- Walcher.** *Med. Corresp. d. Wurt. artzl. Landerver.*, 1887, n° 26.
- Waldeyer.** *Virchow's Arch.* Bd. 44, p. 69.
— *Eeirstock und Ei*, p. 142.
- Wallich.** *Sur la ligature en chaîne; procédé pour placer les fils*,
Paris 1889.
- Werth.** *Anat. und. Operat. d. extraut. Schwangerschaft*, Stuttgart,
1887.
- Wiedow.** *Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 39.
— *Operat. Behand. der Genitaltuberk. Central. f. Gynæk.*, 1885.
— *Oper. Behand. der Pyosalp. Cent. f. Gyn.*, 1885, n° 10.
— *Arch. f. Gyn.* Bd. XXV.
- Wehmer.** *Zeits. f. Geb. und. Gynæk.*, Bd. XIV.
- Werth.** *Centralb. f. Gynæk.*, 1879, nos 23 et 29.
— *Arch. f. Gyn.*, Bd. 22.
- Willers** (Gust.) *Über die Berecht. d. Castration der Franen für Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem.*
Diss. inaug. Fribourg, 1887.
- Winckel.** *Krank. d. weibl. Harnröhre und Blase.* Stuttgart, 1886.
- Wœelfler.** *Wien. med. Woch.*, 1885, nos 25 et 49.
- Wyder.** *Lehre v. d. Extrauter. Arch. f. Gyn.*, Bd. 28.
— *Arch. f. Gyn.*, Bd. 13 et 29.
- Urwitch et Munde.** *Centr. f. Gyn.*, 1887, nos 31 et 32.
- Zweifel.** *Die Krankh. d. æuss. weibl. Genit.*, Stuttgart, 1885, p. 8.

24.A.332.

Manuel de gynecologie operatoir1889

Countway Library

BET9627



3 2044 046 019 816

24.A.332.
Manuel de gynecologie operatoir1889
Countway Library BET9627



3 2044 046 019 816